

**Leonardo Figueiredo Palmeira
Maria Thereza de Moraes Geraldès
Ana Beatriz Costa Bezerra**

ENTENDENDO A ESQUIZOFRENIA

**Como a família pode ajudar
no tratamento?**

2ª edição



EDITORIA INTERCIÊNCIA



ENTENDENDO A ESQUIZOFRENIA

**Como a família pode ajudar
no tratamento?**

**Leonardo Figueiredo Palmeira
Maria Thereza de Moraes Geraldès
Ana Beatriz Costa Bezerra**

ENTENDENDO A ESQUIZOFRENIA

**Como a família pode ajudar
no tratamento?**



EDITORA INTERCIÊNCIA

Rio de Janeiro – 2013

2ª edição

Copyright © 2013, by Leonardo Figueiredo Palmeira, Maria Thereza de Moraes Geraldese Ana Beatriz Costa Bezerra

Direitos Reservados em 2013 por **Editora Interciência Ltda.**

Diagramação: Claudia Regina S. L. de Medeiros

Revisão Ortográfica: Maria Paula da M. Ribeiro
Nancy Maria de Souza

Capa: Rejane Megale Figueiredo

CIP-Brasil. Catalogação-na-Fonte
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ

P198e

2ª ed.

Palmeira, Leonardo Figueiredo

Entendendo a esquizofrenia: como a família pode ajudar no tratamento/
Leonardo Figueiredo Palmeira, Maria Thereza de Moraes Geraldese Ana Beatriz Costa Bezerra. – 2ª ed. – Rio de Janeiro: Interciência, 2013.

304 p.: il.; 23 cm

Inclui apêndice

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7193-326-2

1. Esquizofrenia. 2. Esquizofrenia – Tratamento. 3. Esquizofrênicos – Relações com a família. I. Geraldese, Maria Thereza de Moraes. II. Bezerra, Ana Beatriz Costa. III. Título.

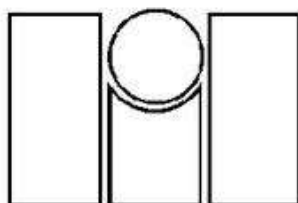
13-03651

CDD: 616.898

CDU: 616.895.8

É proibida a reprodução total ou parcial, por quaisquer meios,
sem autorização por escrito da editora.

www.editorainterciencia.com.br



Editora Interciência Ltda.

Rua Verna Magalhães, 66 – Engenho Novo

Rio de Janeiro – RJ – 20710-290

Tels.: (21) 2581-9378 / 2241-6916 – Fax: (21) 2501-4760

e-mail: vendas@editorainterciencia.com.br

Impresso no Brasil – Printed in Brazil

DEDICATÓRIA



Dedicamos este livro aos familiares e pacientes, personagens desta história, que nos deram a honra de compartilhar suas experiências e emoções, agregando conhecimento ao nosso trabalho.

AGRADECIMENTOS



*Aos meus pais, Nilza e João Carlos, que me mostraram o caminho.
À minha esposa, Flavia, e ao meu filho, Eduardo, que me motivam a seguir
em frente.*

Leonardo

A meu filho Claudio, cujo amor e estímulo têm sido a luz e guia de minha vida.
Maria Thereza

*Ao meu Deus, essência de minha existência.
À mamãe, Elly, meu eterno exemplo de coragem e vitória.*

Ana Beatriz

Agradecemos a todos que se envolveram com esta obra, em especial ao Dr. Alexandre Lins Keusen, pelas valiosas contribuições teóricas, pelo apoio e por ser um contínuo incentivador do nosso trabalho.

Aos primeiros leitores que fizeram importantes críticas e sugestões: João Carlos Palmeira, Marcelo Vasques, Ana Cristina Costa Bezerra, Maria Helena Carneiro Leão, Vinícius Arraes Gaia e Celia Regina Wentzel Vieira.

CARTA AOS LEITORES



Prezado leitor,

Em 2009, quando lançamos a primeira edição do livro *Entendendo a Esquizofrenia*, tínhamos como objetivo levar informação às pessoas que conviviam de perto com a doença, por acreditarmos, nesses anos todos de experiência com grupos de familiares de pacientes esquizofrênicos, que um ambiente acolhedor é fundamental para a recuperação e para a prevenção de recaídas. Reduzir os níveis de críticas, cobranças e de sobrecarga emocional seria, portanto, um passo fundamental neste sentido. Porém, como observamos, isso somente era possível partindo da compreensão da doença em todos os seus aspectos, mergulhando a fundo nesse universo desconhecido pela maior parte das famílias.

Depois do lançamento do livro e do *site* entendendoaesquizofrenia.com.br, recebemos muitos depoimentos de familiares e, sobretudo, de pacientes que queriam contar suas histórias. Criamos um fórum e, posteriormente, uma comunidade virtual para debater com pacientes e familiares temas de seu especial interesse. Esta experiência foi ainda mais enriquecedora, estimulando-nos a ampliar os grupos para receber também os pacientes.

Influenciados por experiências de outros grupos internacionais, decidimos em 2009 iniciar um trabalho no Instituto de Psiquiatria da UFRJ com uma nova proposta: receber os familiares junto com seus pacientes para os seminários e, posteriormente, para a terapia em grupo. O foco continuava sendo levar informação às famílias e, desta vez, aos pacientes, e trabalhar com eles em grupo a solução para os principais problemas cotidianos através da técnica cognitivo-comportamental *solving problems* (solução de problemas).

Nós não imaginávamos que essa experiência seria tão enriquecedora e que, após quase dois anos de grupo, estaríamos debatendo com eles temas como recuperação, empoderamento, estigma, trabalho, espiritualidade, enfim, tudo aquilo que pacientes e familiares consideram importante para a recuperação funcional da doença, ou seja, a retomada de uma vida plena, com autodeterminação e confiança, sobretudo com a esperança renovada de um futuro melhor.

Este é um trabalho decorrente do esforço cotidiano de superar seus próprios limites, de se colocar no lugar do outro, de compreender e ter empatia com suas dificuldades, de caminhar juntos para um objetivo comum. É a quebra de paradigma, de preconceitos e do estigma. É não aceitar passivamente a doença, é compreender e respeitá-la, enfrentando-a com tratamento, disciplina e autodeterminação, confiante de que conseguirá vencê-la em suas dificuldades sociais e pessoais. Os pacientes que fizeram essa travessia têm muito a compartilhar com outros que também desejam se superar.

Esta segunda edição traz como novidade o foco na recuperação e nos relatos pessoais desses pacientes, com a elaboração das estratégias mais importantes utilizadas por eles. Esperamos que seja uma injeção de ânimo para os que precisam encontrar estímulo e esperança para seguir em frente.

Boa leitura!

Rio de Janeiro, junho de 2013

Leonardo Palmeira
Maria Thereza Geraldês
Ana Beatriz Bezerra

PREFÁCIO



É com grande satisfação que vejo a publicação da segunda edição deste livro. Saber que a primeira edição esgotou, é perceber que ela atingiu o seu objetivo, que ela pode ser útil àqueles envolvidos com o tema e que outras pessoas possam usufruir deste material. Agora, o mais importante é que não se trata de uma reimpressão. Nesta nova edição trazemos o produto de um conhecimento que continua se fazendo, renovando-se, ampliando os seus objetivos, incorporando novos autores, especialmente aqueles que convivem diretamente com essa realidade.

Venho trabalhando há mais de trinta anos com o tema, e quando estava começando minha vida como psiquiatra tinha uma questão que me rondava: o que fazer quando identificasse alguém com o diagnóstico de esquizofrenia? Os textos clássicos que eu estudava me apontavam para uma evolução necessariamente catastrófica para sujeitos assim percebidos.

Nessa época, inúmeros estudos apontavam para a necessidade de se aperfeiçoar os critérios para esse diagnóstico. No entanto, o dilema essencial continuava o mesmo. Excluía-se do rótulo aqueles com um prognóstico melhor; para os outros, permanecia a crença de um inexorável caminho para a deterioração psíquica. Ainda hoje essa imagem persiste em vários autores, influenciando psiquiatras, familiares e a sociedade em geral sobre a percepção desses indivíduos no mundo, contribuindo para o estigma que acompanha as pessoas diagnosticadas como esquizofrênicas.

Essa preocupação me levou a descobrir um grupo de estudos desenvolvidos por autores como G. Brown e J. Leff, que me fizeram perceber de forma

distinta essa questão. Segundo esses estudos, a evolução do quadro dependeria do ambiente familiar e, ao contrário de outros que responsabilizavam a família, mais especificamente a mãe, na gênese desse transtorno, mostravam que determinados comportamentos poderiam contribuir ou prejudicar a evolução psicossocial dessas pessoas. Em 1982, apresentei um trabalho no Congresso Brasileiro de Psiquiatria discutindo este tema.

Estava aberta para mim a compreensão do porquê certos pacientes evoluíam de forma diferente do que outros. Num dos primeiros casos que acompanhei, o paciente possuía dois núcleos familiares distintos e reagia de forma diferente conforme estivesse em convívio com um dos grupos em particular. Tive, então, a percepção de que o prognóstico destas pessoas não estava previamente determinado por alguma razão biológica, e sim encontrava-se em construção. Hoje, quando assumo uma compreensão do mundo baseado no Construtivismo, parece-me óbvio, mas, na época, isto foi algo bastante transformador na minha postura profissional.

Em 1989, defendi minha tese de Mestrado no Instituto de Psiquiatria da UFRJ com o tema “Influência da Atmosfera Familiar na Evolução da Esquizofrenia”, e, desde então, busco desenvolver e divulgar projetos que visem intervir nesses ambientes, de forma a facilitar e transformar esse espaço de convívio do paciente com o diagnóstico de Transtorno Esquizofrênico e seus familiares.

Inicialmente, fiz isso no Hospital Jurandyr Manfredini, na Colônia Juliano Moreira, depois no Instituto Mosaico, e, aproveitando posteriormente o fato de ocupar a direção do Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro, procurei desenvolver projetos que visualizassem o entendimento dessa questão.

Na Enfermaria de Crise, organizei um grupo diário com os familiares dos pacientes internados, com o objetivo de oferecer suporte a eles num momento particularmente delicado para todos. Em outros setores diferentes, estimulei situações onde a atenção de forma integrada pudesse estar disponível a todos.

Em um determinado momento, pudemos, finalmente, iniciar um trabalho específico nessa questão. Convidei os autores deste livro a desenvolver um Projeto Psicoeducativo para Famílias que possuísem um membro diagnosticado como esquizofrênico.

Esse trabalho estava aberto a todas as famílias encaminhadas por qualquer serviço de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro. Durante quatro (ou três) anos esse grupo recebeu dezenas de famílias, que puderam se beneficiar das discussões e informações introduzidas nessas sessões.

Desde 2009 transferimos este trabalho para o Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Na realidade, o ampliamos, trabalhando agora com famílias que convivem com alguém com Transtorno Mental Severo. Ao mesmo tempo, agora ele está aberto a todos os seus membros, rompendo a dicotomia paciente *versus* família.

Adotando a estratégia de solução de problemas, criando um protocolo para a rotina dos grupos, vamos estimulando-os a construírem grupos de ajuda mútua. Aliando os encontros psicoeducativos com esses grupos, vamos desenvolvendo um caminho que lhes permita sustentar de forma contínua esse processo de suporte.

Os conceitos de empoderamento e recuperação são noções fundamentais nesse novo momento. Se antes pensávamos que podíamos evitar a recidiva e agravamento do quadro clínico, hoje buscamos sua reintegração social. Sem esperar que tudo volte a ser como era antes, pretendemos que todos possam reconstruir um novo lugar onde possam se sentir valorizados, na busca do seu bem-estar.

Entendemos que este não é um caminho do tipo modelo único cada família, cada pessoa vai encontrar a sua própria forma de desenvolvê-lo, dentro de suas possibilidades, vulnerabilidades e habilidades. É importante que todos compartilhem a crença de que estamos sempre procurando o maior nível de autonomia possível, e que isso é individual, pessoal, sempre procurando melhorar a qualidade de vida de todos os envolvidos.

Se antes não procurávamos evitar novas crises, aceitávamos como suficiente que “ele” se mantivesse calmo, no quarto, deitado, fumando, engordando, sem alucinações ou delírios, desejamos mais hoje, acreditamos na possibilidade de que cada um possa buscar algum nível de produtividade e satisfação, seja através de algum trabalho, seja através da arte, seja de alguma maneira que o deixe feliz.

Essa segunda edição já inclui essa nova experiência e conta com um guia construído por “eles” de um caminho para sua recuperação. Esperamos que a próxima edição traga capítulos desenvolvidos por “eles” mesmos, traduzindo na própria linguagem suas vivências. A ideia de transferir o conhecimento acumulado ao longo deste projeto para este livro merece o apoio de todos. Ele estará disponível como um complemento importante para aqueles que estejam vivenciando uma situação desta.

Dr. Alexandre Lins Keusen

Doutor em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

Médico Psiquiatra Terapeuta de Família.

Diretor do Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (1998-2006).

SUMÁRIO



Carta aos Leitores	IX
Prefácio	XI

CAPÍTULO 1

Recuperação: Na Trilha de um Caminho Possível	1
1.1 ELYN SAKS.....	4
1.2 PATRÍCIA DEEGAN	6
1.3 A ESQUIZOFRENIA COMO UM ESTADO DE VULNERABILIDADE	12

CAPÍTULO 2

Os Conceitos e Preconceitos	47
2.1 UMA BREVE RETROSPECTIVA HISTÓRICA	49
2.2 UM PANORAMA DA ESQUIZOFRENIA.....	51
2.3 O CASO YURI	52
2.4 OS PRINCIPAIS CONCEITOS E PRECONCEITOS.....	55
PERGUNTAS E RESPOSTAS	66

CAPÍTULO 3

Os Principais Sintomas	71
3.1 O QUE É UM SURTO PSICÓTICO?	73
3.2 O PRÓDROMO DA ESQUIZOFRENIA	74
3.3 DEPOIMENTO – “MINHA EXPERIÊNCIA COM A ESQUIZOFRENIA”.	77
3.4 O PRIMEIRO SURTO: UMA RUPTURA NA LINHA DE VIDA DA PESSOA	82
3.5 A ORIGEM DA ESQUIZOFRENIA	84
3.6 ESQUIZOFRENIA: UMA DOENÇA COM VÁRIAS APRESENTAÇÕES DIFERENTES	88
PERGUNTAS E RESPOSTAS	98

CAPÍTULO 4

Os Sintomas Positivos e do Comportamento	105
4.1 O DELÍRIO	107
4.2 TIPOS DE DELÍRIO	111
4.2.1 Delírio de perseguição.	111
4.2.2 Delírio de autorreferência.	112
4.2.3 Delírio místico ou religioso	112
4.2.4 Delírio de grandeza	113
4.2.5 Outros delírios	114
4.3 ALTERAÇÕES DA CONSCIÊNCIA DO EU.	115
4.4 AS ALUCINAÇÕES.	116
4.5 OS TIPOS DE ALUCINAÇÕES	119
4.6 A ORGANIZAÇÃO DO PENSAMENTO E DAS IDEIAS	122
4.7 O COMPORTAMENTO	123
4.7.1 Agressividade e impulsividade	124
4.7.2 Asseio corporal e cuidado com a aparência	125
4.7.3 Inquietação e agitação psicomotora	126

4.7.4 Comportamento rígido e repetitivo	127
4.7.5 Tentativa de suicídio.....	128
4.7.6 Comportamento hipersexualizado	128
4.7.7 Comportamento regredido e infantil	129
4.7.8 Uso e abuso de álcool e outras drogas	129
PERGUNTAS E RESPOSTAS	133

CAPÍTULO 5

Os Sintomas Negativos e Cognitivos	141
5.1 SINTOMAS COGNITIVOS	143
5.1.1 Alterações do funcionamento executivo	144
5.1.2 Alterações da atenção e da concentração	146
5.1.3 Alterações da memória e do aprendizado.....	146
5.1.4 Alterações da linguagem.....	147
5.1.5 Alterações da capacidade de planejamento	148
5.1.6 Alterações da tomada de decisão	150
5.1.7 Alterações da capacidade de abstração	150
5.1.8 Aspectos comuns aos sintomas cognitivos	151
5.2 SINTOMAS NEGATIVOS	152
5.2.1 Alterações da afetividade	152
5.2.2 Alterações da vontade	154
5.3 ESTÍMULO NA DOSE CERTA	156
5.4 SINTOMAS NEUROLÓGICOS	157
PERGUNTAS E RESPOSTAS	167

CAPÍTULO 6

A Família	173
6.1 HIPERCRÍTICA	177
6.2 SUPERPROTEÇÃO.....	183
6.3 PERMISSIVIDADE	186

6.4 HOSTILIDADE	190
6.5 SUPERENVOLVIMENTO AFETIVO.....	195
6.6 LIDANDO COM A NEGAÇÃO DA DOENÇA E DO TRATAMENTO.....	198
PERGUNTAS E RESPOSTAS	213

CAPÍTULO 7

Prevenindo Recaídas	219
7.1 A RECAÍDA	223
7.1.1 Fatores de vulnerabilidade	224
7.1.2 Fatores de proteção.....	225
7.1.3 Como identificar os primeiros sinais de recaída?	226
7.2 PREVENINDO RECAÍDAS: O QUE DEVO SABER SOBRE O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO?.....	228
7.2.1 O remédio certo é o antipsicótico	228
7.2.2 Início da ação	228
7.2.3 Manutenção do tratamento	229
7.2.4 Formas de administração	230
7.3 PREVENINDO RECAÍDAS: O QUE DEVO SABER SOBRE OS TRATAMENTOS COMPLEMENTARES?.....	232
7.3.1 Reabilitação psicossocial.....	232
7.3.2 Psicoterapias	233
7.3.3 Reabilitação cognitiva.....	233
7.3.4 Treinamento metacognitivo	234
7.3.5 Eletroestimulação	235
7.4 PREVENINDO RECAÍDAS: O QUE DEVO SABER SOBRE O PAPEL DA FAMÍLIA?	237
PERGUNTAS E RESPOSTAS	247
Apêndice	257
Referências.....	275

CAPÍTULO 1



Recuperação: na Trilha de um Caminho Possível

“A esquizofrenia é como uma grande mata virgem, que precisa ser desbravada. No início você se vê sozinha, perdida, com medo da escuridão e dos barulhos em meio a um silêncio perturbador. À medida em que caminha pela floresta, vai se fortalecendo, descobrindo que o que antes lhe aterrorizava, hoje conhece melhor e já não consegue lhe dominar. Você precisa encontrar a saída! Não existe uma trilha pronta, você precisa construí-la! Ela será sua rota de fuga toda a vez que se ver perdida novamente na escuridão da mata. Com o tempo a trilha estará mais clara e a imensidão da floresta não mais será uma ameaça” (Denise, 43 anos).

O que há em comum entre Elyn Sacks, professora de Direito da Universidade da Califórnia do Sul, e Patrícia Deegan, professora de Psicologia da Faculdade de Medicina de Dartmouth e da Universidade de Boston, além de serem mulheres bem-sucedidas em suas profissões e na academia? A esquizofrenia. Ambas se tornaram referência nos EUA e realizam palestras sobre como se recuperaram de uma doença considerada por muitos como crônica e incurável.

Elyn e Patrícia são exemplos vivos de superação, conseguiram dominar os sintomas de uma doença que afetou suas capacidades de socialização e trabalho, alcançaram uma visão lúcida do que a doença significou em suas vidas e como as impulsionou num mergulho profundo de descoberta do seu próprio eu. Elas encontraram um sentido naquele sofrimento e souberam transformá-lo em desafios que hoje as movem na direção da saúde e da ajuda aos seus semelhantes.

Elyn tornou-se especialista em Direito associado à Saúde Mental e Patrícia fundou um instituto que ajuda pessoas a se recuperarem de um transtorno mental. Mas, num passado não muito remoto, suas vidas em nada se diferenciavam dos pacientes que com elas dividiram os leitos dos hospitais psiquiátricos e que agora procuram ajudar.

1.1 ELYN SAKS

Elyn Saks¹ adoeceu ainda na adolescência, mas só veio a aceitar a doença vinte anos depois de tentar lutar sozinha contra as alucinações e as paranoias terríveis que assolavam sua mente. Interrompia os tratamentos, recusava-se a tomar as medicações que, segundo ela, traziam-lhe muitos efeitos colaterais e a faziam se sentir artificial. “Eu tinha um pensamento incontrolável de que meu terapeuta era o demônio e que poderia me matar. Era um delírio que me distanciava do tratamento”, recorda-se.

Na infância, lembra-se que tinha algumas manias e obsessões, “só podia me levantar da cama se meus chinelos estivessem virados para cima e postos lado a lado”. Por muito tempo cismou, aterrorizada, que havia um homem que durante a noite ficava do lado de fora de sua casa, aguardando-a dormir para entrar e matar sua família.

“O primeiro sinal real de psicose, que me lembre, foi aos 15 ou 16 anos, quando fugi da escola (coisa que eu jamais faria) e corri para casa. No caminho, eu tinha a nítida impressão de que as casas da rua me mandavam mensagens: você é má, você é o diabo, tome cuidado, nós vamos te pegar!”

Ela emagreceu muito, abatida, isolou-se de todos na escola e, depois, na faculdade. “Eu não queria falar com ninguém, pois achava que assim eu espalharia minha maldade para todo mundo. Quando cheguei ao hospital e me olhei no espelho, tomei um susto. Estava irreconhecível, muito descuidada. Pensei: qualquer um que olhasse para mim perceberia que estava louca.”

Somente aos 40 anos e após várias internações em hospitais psiquiátricos, convenceu-se de que a doença não iria embora sozinha e que precisava da medicação e da psicoterapia. “Por 20 anos lutei com a aceitação. Ironicamente, quanto mais eu aceitava que tinha uma doença mental, menos a doença me dominava – até o ponto em que me libertei. É como se destrancasse uma porta que sempre esteve à minha frente, mas que, por medo, relutava em abrir. Agora sinto que não tem mais volta. Desde então, passei a levar muito a sério o tratamento.”

1 Palestra “The Center Cannot Hold: My Journey through Madness” apresentada pela Dr.^a Elyn Saks durante o Congresso da Sociedade Internacional de Pesquisa em Esquizofrenia, em Florença, Itália, em abril de 2010, e palestra em junho de 2012, publicada no site <http://www.ted.com>.

Os médicos diziam-lhe que alguém que sofria de esquizofrenia não tinha qualquer esperança de sucesso profissional, e alguns lhe pediram que abandonasse a faculdade de Direito. Mas Elyn continuou seus estudos, não só se formou como hoje é uma renomada professora e pesquisadora de sua área. Em 2001, casou-se com Will, “que trouxe mais humor para a minha vida e que se tornou uma das principais estrelas de minha história”. É o companheiro que a ajuda nos momentos mais difíceis e de maior estresse. “É ele quem me alerta de possíveis sinais e comportamentos que indiquem alguma recaída.”

Mesmo em tratamento e bem, ela não se descuida. “A psicose não é como um botão que você liga ou desliga, é como um *dimmer*, que você regula o nível de intensidade. Neste momento, conheço minha doença muito bem e não é tão incomum assim eu ter algum tipo de pensamento psicótico. Então falo para mim mesma: é apenas a minha doença atuando. Mesmo nos períodos em que começo a acreditar nas minhas maluquices, penso no que as outras pessoas vão pensar e me controlo para não parecer louca. É a forma como procuro me livrar dos sintomas.”

Elyn escreveu o livro “The Center Cannot Hold: My Journey Through Madness” (sem tradução para o português), onde ela conta sua batalha pessoal contra a esquizofrenia com o intuito de levar esperança às pessoas que sofrem com a doença. O livro foi premiado nos EUA pela Time Magazine como um dos dez melhores livros de não ficção do ano. “Espero que minha história ajude a implodir os mitos que cercam a doença mental.”

Ela também se tornou uma das críticas mais ferrenhas dos métodos coercitivos utilizados até hoje na psiquiatria, como as contenções físicas. “Não está claro se utilizar contenções físicas salva ou tira vidas. Nos EUA, de uma a três pessoas morrem toda semana em decorrência de contenções; elas ficam sufocadas, aspiram o próprio vômito, têm ataque cardíaco. Eu mesma passei 20 horas amarrada a uma cama, sem que tivesse maltratado ou ameaçado ninguém. Eu não sou antipsiquiatria, pelo contrário, sou a favor da psiquiatria, mas sou anti-força. Não acredito que a força seja eficaz como tratamento, ela é algo terrível contra alguém que já sofre terrivelmente!”

1.2 PATRÍCIA DEEGAN

Patrícia Deegan² notou os primeiros sinais da doença quando tinha 17 anos. Ela era jogadora de basquete e um dos seus sonhos era se tornar técnica de um time feminino. Ela começou a se sentir estranha e os objetos ao seu redor pareciam diferentes do que o habitual. Ela recorda-se que nos treinos passou a ter dificuldade de pegar a bola, como se sua coordenação e percepção de profundidade estivessem comprometidas. Os objetos eram percebidos com formas geométricas angulares e pontiagudas assustadoras. “Uma simples mesa tornou-se um objeto pontiagudo que apontava para mim de forma ameaçadora.”

Essas mudanças também afetaram a maneira de perceber e entender o que as pessoas falavam, com grande dificuldade de compreender aquilo que estavam dizendo para ela. “Em vez de me focar nas palavras, passei a prestar mais atenção aos movimentos da boca das pessoas, elas já não pareciam mais quem diziam ser.” O que ela mais se lembra dessa época foram as noites sem dormir e a terrível convicção de que tinha sido morta e que precisava se defender. “Os adultos ao meu redor decidiram que eu tinha enlouquecido e, logo quando me dei conta disso, eu me vi escoltada por dois homens com uniformes brancos num elevador de um hospital.”

Patrícia teve o diagnóstico de esquizofrenia na primeira internação. Ela faz críticas contundentes sobre esse período. Ela sentiu que sua identidade fora reduzida a uma doença e que o fato de ser uma pessoa única, com sua espiritualidade, cultura, valores e crenças, passou para um segundo plano.

Ela perdeu também sua esperança, seus sonhos e aspirações. “Por causa do diagnóstico, percebi que os profissionais agiam como se meu futuro e meu destino estivessem selados, eles não transmitiam esperança de que eu pudesse ter um futuro auspicioso.”

Patrícia não quis acreditar nas palavras de seu psiquiatra, recusava-se a aceitar que a doença que tinha não permitiria que ela pudesse realizar seus sonhos. “Quando eu comecei a rejeitar esse prognóstico, simultaneamente comecei a reafirmar meu valor e minha dignidade. Diante da minha raiva e indignação, eu estava afirmando para mim mesma: eu sou mais do que tudo

2 DEEGAN, P. E. Recovery as a Self-Directed Process of Healing and Transformation. In: Brown, C. Recovery and Wellness: Models of Hope and Empowerment for People with Mental Illness. New York, London, Oxford: The Haworth Press Inc., 2001.

isso, mais do que uma esquizofrênica.” Enquanto muitos pudessem pensar que Patrícia estivesse numa fase de negação de sua doença ou com “falta de *insight*”, foi neste momento que ela mudou o paradigma para iniciar sua jornada rumo à recuperação.

“Essa mudança foi como um reflexo. Quando eu rejeitei a profecia de que não teria um futuro com o qual sonhava, precisei mirar em algo que me desse um norte e me lembrei de uma cena do hospital, em que um enfermeiro carregava um molho grande de chaves, como um todo poderoso que tinha todas as chaves do hospital. Aí pensei: vou me tornar a Dra. Deegan e vou fazer o sistema de saúde mental funcionar de uma maneira que ninguém mais precise sofrer da forma que sofri ali dentro. Esse plano eu chamei de minha missão de sobrevivente. Eu sabia que seria um sonho grandioso e que precisaria ser moldado e modificado com o tempo e com minha maturidade, mas era meu sonho e se tornou o projeto ao redor do qual eu organizei minha recuperação.”

Porém, o plano foi mais difícil de executar do que Patrícia inicialmente previa. Ela voltou para casa e passou meses sentada, fumando e bebendo Coca-Cola. Os dias eram iguais, acordava às 8 horas da manhã, sentava na mesma cadeira, fumava um cigarro atrás do outro e ficava olhando o nada. Ao meio-dia almoçava, depois dormia até as 3 horas da tarde. Neste horário, ela voltava para a cadeira, fumava e olhava. Depois jantava e voltava para a cadeira. Até que as 8 horas da noite ela ia dormir. Patrícia chama esse período de sua vida de síndrome da coca-cola e do cigarro (*coke and smoke syndrome*). “Minha avó me convidava todos os dias para ir com ela ao mercado e eu dizia não. Ela perguntava somente uma vez ao dia e isso fazia parecer realmente um convite e não uma rabugice. Um dia, por razão desconhecida, eu disse sim. Hoje vejo que esse sim e que aquela ida ao mercado, onde só empurrei o carrinho, foi meu primeiro passo na direção de minha recuperação.” Depois disso, Patrícia deu pequenos passos, como conversar com um amigo que ia lhe visitar e sair para caminhadas.

Patrícia foi descobrindo aos poucos estratégias de autocuidado que deram muito certo. Aprendeu que drogas ilícitas, álcool e até algumas medicações para gripe não faziam bem a ela e passou a evitá-los. Relacionamentos, principalmente aprender a equilibrar o seu tempo sozinha e com outras pessoas, foram muito importantes. “No início meus relacionamentos eram limitados, muito por conta que as pessoas se importavam mais comigo do que eu com elas. Com o tempo, fui aprendendo a me tornar mais íntima das pessoas e a desenvolver relacionamentos mais recíprocos.”

Rotinas foram muito importantes, principalmente nos primeiros anos de recuperação de Patrícia. “Enquanto tudo fugia ao controle dentro de mim, estar envolvida com minha rotina me dava uma forma e uma estrutura que me ajudava a organizar o caos que eu sentia.” As rotinas dão um sentido, uma razão para se levantar de manhã para as atividades. Mesmo que as rotinas iniciais sejam simples e para manter o corpo e a mente ocupados, com o passar do tempo as atividades podem se tornar mais complexas e envolver gradativamente áreas de interesse da pessoa ou mesmo se transformar num objetivo maior, como estudo e trabalho.

Patrícia estudou religião, filosofia e psicologia, e essas disciplinas a ajudaram a procurar um sentido nas experiências que a doença lhe trouxe. “As minhas práticas espirituais me colocaram num caminho em que foi possível encontrar uma razão para todo aquele sofrimento e me ajudaram com sentimentos de autopiedade e com o inevitável questionamento: por que logo comigo?”

Outro tópico importante para a recuperação de Patrícia foi perceber que ambientes mais toleráveis a ajudavam na sua recuperação. Ela descobriu isso quando se mudou do apartamento em que vivia sozinha para morar com um grupo de *ex-hippies*. A visão de mundo de seus amigos permitia que suas experiências psicóticas não fossem vistas como terríveis e ameaçadoras. As pessoas não se revoltavam, não eram intrusivas e agiam com ela de uma forma amigável e acolhedora. “Foi nesse ambiente que eu aprendi que apesar da psicose não vir com um manual de instruções, ela tem certo terreno, uma topografia, que podemos aprender a navegar para sair desse estado, perdendo aos poucos o medo. Mesmo que retornemos a esse cenário um dia, podemos dominá-lo melhor e encontrar mais facilmente caminhos para navegar para fora dele. Se eu estivesse numa casa em que fosse forçada a ser mais normal do que podia, talvez não tivesse aprendido essa lição e a minha capacidade de me cuidar e minha recuperação seriam bem mais difíceis.”

Aprender como tolerar melhor o desconforto, a ansiedade e os sintomas da psicose significou para Patrícia desenvolver uma nova relação com o tempo. “Eu aprendi a dizer a mim mesma: o amanhã chegará. Essa frase foi marcante na minha recuperação. Isto significava que se o meu dia tivesse sido ruim, ele iria passar. A esperança de que um novo dia traria novas possibilidades, trouxe um grande conforto à minha recuperação.”

Patrícia considera que um dos pontos-chave foi aprender a usar as medicações em conjunto com suas estratégias de autoajuda e suas práticas de

autocuidado. “Quanto mais habilidosa em utilizar minhas estratégias de recuperação, menos dependente da medicação eu ficava.” A psicoterapia teve grande importância para Patrícia, pois a ajudou a resolver um trauma de infância. “Foi um trabalho muito árduo e difícil e me orgulho de ter embarcado nessa depois que já tinha me estabilizado em minha carreira e feito uma rede sólida de amigos, pois precisava ser um adulto mais seguro para olhar para trás para a minha dura infância.” Patrícia também procurou uma terapeuta ocupacional que a ajudou a desenvolver maneiras de lidar com suas alucinações e sua excitação de humor, ensinando alguns exercícios e técnicas de relaxamento.

Com o tempo, Patrícia foi montando seu repertório de estratégias de enfrentamento (tabela 1.1). Aprendeu a lidar com as vozes perturbadoras que escutava, passou a evitar situações e coisas que desencadeavam seus delírios, fazia atividades físicas preferencialmente durante o dia, como caminhadas, cuidava de sua saúde física e de sua dieta e não dispensava uma boa noite de sono.

Um dos grandes aprendizados em sua trajetória de recuperação foi aprender a superar a vergonha e o estigma que havia internalizado por ser esquizofrênica. “No início, lembro-me que eu media meu bem-estar pela quantidade de medicação que eu tomava e com quantos pacientes eu me identificava. Meu objetivo era ser normal. Eu evitava ficar em contato com pessoas com histórico psiquiátrico, pois quanto mais longe deles, mais distante também de minha própria história. Por muitos anos eu simplesmente resolvi me passar por uma pessoa normal. Fui aos poucos realizando que viver me escondendo era o mesmo que viver uma mentira, e fui ficando cansada de ter vergonha de mim mesma e do que tinha. Quando terminei meu doutorado, comecei a encontrar outras pessoas que como eu tinham se recuperado de um transtorno mental. Eu me senti uma pessoa por inteiro, uma pessoa com uma história psiquiátrica que havia se tornado psicóloga! Se o mundo não tinha uma ‘categoria’ para isso, então isso era problema do mundo e não meu. Eu não precisava me esconder para que os outros se sentissem confortáveis, e, além disso, eu não estava sozinha, e se nós pudéssemos apoiar uns aos outros, poderíamos levar uma vida com orgulho. Livrar-me do estigma e aprender a não ter vergonha de mim mesma foi um grande passo para a minha recuperação.”

Tabela 1.1 Estratégias de Patrícia Deegan e Elyn Saks que as ajudaram a se recuperar da esquizofrenia

Estratégias de Patrícia Deegan	Estratégias de Elyn Saks
1) Nada de drogas ou álcool. 2) Achar ambientes tolerantes. 3) Relacionamentos. 4) Espiritualidade e achar sentido no meu sofrimento. 5) Senso de propósito e direção: encontrar uma missão em torno da qual organizar a própria recuperação. 6) Ter uma rotina. 7) Cada dia de uma vez, cada hora de uma vez, cada minuto de uma vez. 8) Estudar, aprender e trabalhar. 9) Boa vontade para trazer a responsabilidade para si e aceitar que ninguém pode fazer o trabalho da sua própria recuperação. 10) Boa vontade para fazer psicoterapia para trabalhar meus traumas. 11) Encontrar outras pessoas que estão se recuperando e aprender a não ter vergonha. 12) Desenvolver habilidades para o autocuidado: – Como evitar os pensamentos delirantes. – Como lidar com as vozes. – Como lidar com a ansiedade. – Como descansar, acalmar-se e dormir. – Oração, meditação. – Exercícios físicos regulares e uma boa dieta.	1) Tomar a medicação corretamente. 2) Viver com a família ou com animais de estimação [ela destaca o papel dos bichos de estimação, como cães e gatos, na recuperação de esquizofrênicos]. 3) Evitar o isolamento. 4) Envolver-se espiritualmente (igreja, religião). 5) Ter hábitos saudáveis de vida como exercícios físicos e alimentação saudável. 6) Evitar drogas e álcool. 7) Evitar atividades e ambientes superestimulantes ou estressantes. 8) Evitar ambientes com muita gente e viagens muito longas. 9) Trabalhar em um ambiente acolhedor. 10) Participar de serviços ou grupos de recuperação/ressocialização. 11) Fazer psicoterapia.

As percepções de Patrícia e Elyn sobre sua própria recuperação aglutinaram-se nos EUA às percepções de outros pacientes que também se recuperavam da esquizofrenia para formar um movimento, liderado principalmente pelos usuários dos serviços de saúde mental e suas famílias, intitulado *Personal Recovery*, que, traduzido literalmente para o português, significa recuperação pessoal.

Esse processo parte das demandas dos pacientes e do que eles reconhecem como importantes para sua recuperação, um movimento inicial de recuperar sua confiança e autodeterminação antes mesmo de partir para superar as consequências negativas pessoais e sociais que a esquizofrenia lhes impôs.

Aceitar a doença mental e o progresso que a medicina tem feito para tratá-las, reencontrar a esperança no futuro, restabelecer uma visão positiva de si mesmo, buscar um sentido para sua vida, passando a ser o principal responsável pelas mudanças, transformando-se num perseguidor de seu próprio equilíbrio e bem-estar são formas de buscar a recuperação.

Livros e artigos publicados em revistas científicas pelos próprios pacientes, palestras na comunidade liderada pelos usuários, pacientes e familiares e associações cada vez mais atuantes fizeram com que o movimento se espalhasse pelos EUA e países da Europa, pela Austrália e Japão e que hoje ganhasse uma importância crucial para se repensar o tratamento e o cuidado que até então tem sido dispensado a essa população.

Adequar os serviços de saúde mental às demandas e às críticas dos pacientes de forma a estabelecer uma relação terapêutica bidirecional, onde o paciente tenha voz e capacidade de participar das decisões sobre o seu tratamento, passou a ser uma das principais preocupações dos serviços assistenciais nesses países, com impacto direto no resultado final almejados por todos: a recuperação.

Isso representa uma mudança de paradigma na compreensão da esquizofrenia e de sua evolução, e, por conseguinte, da expectativa de recuperação dos pacientes, que provoca uma reflexão profunda de alguns conceitos até então considerados sacramentados desde a descrição da doença por Emil Kraepelin, no final do século XIX, como o de que a esquizofrenia é uma doença crônica, incurável e que sela o futuro de quem dela padece.

Um dos pontos-chave dessa nova visão é assumir a esquizofrenia como um estado de vulnerabilidade individual ao estresse e às demandas da vida adulta, portanto, como uma condição que pode mudar ao longo do tempo, com o tratamento e com a determinação do paciente e de sua família de vencer o problema, em vez de aceitá-la como uma sentença para o resto de suas vidas.

O outro é encarar a doença e a recuperação como uma porta que se abre para uma nova realidade, não necessariamente pior do que a que se tinha antes do adoecimento, mas para um futuro aberto a construir novas possibilidades, mais adaptadas à realidade de cada um e que possam ser incorporadas ao repertório de enfrentamento da pessoa para reforçar a própria vulnerabilidade, que a levou a esse estado.

A recuperação não é voltar a ser quem você era antes da doença, e sim um processo de transformação para se tornar novo, é a descoberta de seus próprios limites e de como esses limites se abrem para novas possibilidades na sua vida. O processo de recuperação parte de dentro para fora. O tratamento médico, a psicoterapia, o suporte familiar, o trabalho, enfim, o ambiente externo têm a função de ajudar o paciente a construir suas habilidades e a adquirir um sentimento de ação e de poder sobre sua própria vida.

1.3 A ESQUIZOFRENIA COMO UM ESTADO DE VULNERABILIDADE

Joseph Zubin e Bonnie Spring propuseram, em 1977, um modelo de vulnerabilidade para os transtornos mentais. A vulnerabilidade para eles seria uma característica intrínseca do indivíduo, relacionada com sua personalidade, temperamento e sua capacidade de tolerar o estresse, e que poderia prever com que rapidez e facilidade a pessoa retomaria seu equilíbrio diante de situações adversas da vida, prevenindo assim o adoecimento mental.

Essa vulnerabilidade seria determinada biologicamente, através de genes que poderiam reforçá-la ou fragilizá-la (vulnerabilidade inata), mas também sofreria influências do meio e da história de vida (vulnerabilidade adquirida), que tanto poderia tornar a pessoa psicologicamente mais forte como deixá-la mais vulnerável ainda, dependendo dos traumas aos quais ela estivesse sujeita.

A vulnerabilidade seria, portanto, um processo dinâmico, sujeito a alterações ao longo da vida de acordo com o ambiente e as situações vivenciadas. Um exemplo disso é o risco maior de psicose em populações imigrantes. Na Inglaterra existem estudos que apontam um risco de psicose até sete vezes maior entre imigrantes africanos em comparação com a população inglesa. Quando avaliada a incidência de psicose em seus países de origem, o índice não foi diferente dos britânicos. Imigração é um fator de risco para psicose bem estudado também em outros países, e acredita-se que, além dos fatores biológicos e genéticos,

contribuam também fatores culturais e sociais, como estar distante de seu país e pertencer a uma minoria étnica que nem sempre encontra as mesmas oportunidades de trabalho e inclusão social, gerando um estado de estresse crônico.

A relação entre estresse e psicose vem sendo muito estudada na última década e é um bom exemplo de como gene e ambiente interagem mesmo na vida adulta. Pesquisas mostraram, por exemplo, que indivíduos portadores do alelo met/met do gene da COMT (enzima que metaboliza a dopamina no cérebro) reagem ao estresse com sintomas psicóticos, o que não ocorria com aqueles que possuem o alelo val/val do mesmo gene. Quando esses indivíduos foram submetidos a uma tomografia por emissão de pósitrons para estudar a dopamina no córtex pré-frontal, verificou-se que os indivíduos com o alelo met/met produziam mais dopamina em reação ao estresse do que os com o alelo val/val. O excesso de dopamina cerebral tem sido classicamente associado aos sintomas da esquizofrenia.

Uma doença comum que nos ajuda a entender melhor essa relação entre a predisposição genética e o meio ambiente é a asma. Indivíduos predispostos à asma podem ter uma vida saudável e até mesmo não ter a doença se viverem em zonas rurais, mas se forem morar na cidade grande estarão mais expostos à poluição e ao risco de adoecerem. Nesses casos, o meio em que a pessoa vive pode atuar como fator de proteção ou de gatilho para a doença.

No caso da esquizofrenia, a maconha é um exemplo de como o ambiente pode interferir no desencadeamento da doença. O consumo entre os 13 e 16 anos de idade aumenta o risco de psicose em 2 a 5 vezes em comparação com jovens que não utilizam a droga ou a usam em idades mais avançadas. Este risco tem uma influência genética, já que nem todas as pessoas expostas à droga desenvolvem psicose, porém, em indivíduos geneticamente vulneráveis, a maconha “ativa” genes que regulam processos bioquímicos, culminando no adoecimento. O fator ambiental, neste caso, pode fazer toda a diferença entre saúde e doença, e a pessoa pode não adoecer se ela não se expuser ao fator de risco, mesmo com a genética desfavorável.

No caso da pessoa que já adoeceu, o meio pode ser também um dificultador da retomada do equilíbrio, dependendo da capacidade de superação de cada um. O resultado final desta equação pode determinar se a pessoa permanecerá ou não doente, ou seja, se ela conseguirá ou não se recuperar totalmente daquele episódio. Esta forma de compreensão dos transtornos mentais, e particularmente da esquizofrenia, nos faz encarar doenças mentais como estados transitórios,

pelos quais o indivíduo passa por um período da vida e que refletem sua vulnerabilidade e a dificuldade de buscar sua homeostase (equilíbrio/saúde) naquele momento, e não como sentenças de vida ou estados permanentes, definitivos, como muitas pessoas encaram até hoje a esquizofrenia. Esse entendimento deixa em aberto o desfecho desse estado de doença no futuro, uma vez que, reforçando sua vulnerabilidade e resolvendo ou controlando os fatores ambientais, o indivíduo pode recuperar sua normalidade.

Três estudos da década de 1970 (Manfred Bleuler; Ciompi e Muller e Huber) e um da década de 1980 (projeto de Vermont) reforçam essa teoria. Os pesquisadores verificaram que de 50 a 75 % dos pacientes diagnosticados como esquizofrênicos há 15 ou 30 anos tinham se recuperado e viviam com qualidade de vida e bom funcionamento social, muitos conseguiram trabalhar, ter bons relacionamentos pessoais e familiares.

Em torno de 1 % da população mundial tem esquizofrenia, porém pesquisas estimam que até 14 % da população tem ou já teve sintomas psicóticos em algum momento da vida. Esse risco não está somente associado à predisposição genética à psicose, mas também a fatores ambientais associados a um maior risco de experiências psicóticas ao longo da vida, como baixa escolaridade, viver em grandes centros urbanos, pertencer a uma etnia minoritária, ter um comportamento de vitimização ou um comportamento neurótico e uso de drogas. Esses fatores não são específicos de uma determinada doença, eles podem predispor a pessoa também a outros transtornos mentais, ou mesmo físicos, por comprometerem a capacidade de o indivíduo superar as adversidades. Uma pessoa com esquizofrenia possui uma vulnerabilidade maior que pode comprometer sua saúde mesmo diante de contingências menores, como problemas corriqueiros da vida (p. ex. relacionados ao trabalho, estudo e relacionamento social), causando um episódio psicótico que se arrasta por um período maior, dependendo dos seus recursos pessoais para lidar com as adversidades e/ou do seu ambiente, mais conturbado e que não a possibilita reestabelecer o equilíbrio.

Existem evidências consistentes de que eventos de vida estressantes, como perdas, promoção, casamento, desemprego e divórcio, podem ter um papel importante na origem das doenças físicas e mentais. Por outro lado, com exceção de calamidades naturais e algumas fatalidades, eventos estressantes de vida têm relação também com o temperamento, as escolhas e o estilo de vida de cada um, e que podem contribuir para a chance de se ter mais estresse ao longo da vida.

Uma pessoa que só se envolve em relacionamentos conturbados ou que tem um temperamento mais forte e, por conta disso, maior dificuldade para se relacionar com os outros, terá maior risco de problemas no casamento e no trabalho, que produzirão, por sua vez, mais desgastes e estresse. Portanto, é possível identificar padrões mais suscetíveis ao estresse, assim como identificamos pessoas que se arriscam mais, e por causa disso são mais suscetíveis a acidentes (p. ex. pessoas que gostam de adrenalina e praticam esportes radicais). Essas características pessoais compõem também a vulnerabilidade e podem ser alteradas pela própria pessoa, através de uma maior conscientização e reflexão, de mudanças de padrões de comportamento, do amadurecimento ou tomando medidas para controlar os fatores do ambiente que estejam gerando maior sobrecarga emocional. Enfim, é necessária uma mudança abrangente de postura, da maneira de ver o mundo e de se relacionar com a vida e as pessoas; é o que chamamos de “quebra de paradigma”.

Na criação de uma pessoa, as suas capacidades de enfrentamento estão sendo aprimoradas continuamente para lidar com os eventos da vida, que crescem em complexidade à medida que a pessoa se aproxima da vida adulta. Uma criança terá que aprender a lidar com a angústia na hora de se separar dos pais para ir à escola e perceberá com o tempo que os pais sempre voltarão para buscá-la, não mais se angustiando com isso e, assim, tornando-se mais segura e independente. Um adolescente pode se desesperar após o rompimento do primeiro namoro, mas vai aprender com isso e amadurecer para relacionamentos futuros. Um adulto pode sofrer com a demissão do emprego, mas pode encarar isso como uma oportunidade para rever seus erros e se aprimorar para conseguir uma oportunidade melhor. A maioria das situações difíceis da vida traz ensinamentos e reflexões que podem se abrir como novas oportunidades num futuro para uma vida melhor. Estratégias bem-sucedidas se cristalizam e substituem outras que não deram certo e, assim, a pessoa vai formando aos poucos seu repertório de habilidades para reforçar sua competência perante a vida.

Quando situações novas e desafiadoras são postas à prova, estratégias rotineiras podem ser inadequadas e outras novas serão necessárias. É comum que muitos de nós experimentemos certa intranquilidade neste momento, mas, após um período transitório de tensão, estratégias novas passam a dominar o cenário e nos dão mais segurança à medida que caminhamos para resolver o conflito.

Em indivíduos mais vulneráveis, a ruptura temporária da adaptação pode fazer surgir outros problemas mais fundamentais, precipitando uma doença.

Numa maratona, por exemplo, uma pessoa hígida pode se cansar, sentir dores musculares, mas vai se recuperar em alguns dias, enquanto que uma pessoa com doença cardíaca pode ter sintomas como inchaço, falta de ar, dor no peito e maior dificuldade de recuperação. Numa pessoa com esquizofrenia, episódios psicóticos ocorrem com frequência após períodos agudos de estresse em que há falência da sua capacidade de enfrentamento. Isto não significa que o estresse cause esquizofrenia (da mesma forma que a maratona não foi a causa da doença cardíaca), mas ele precipita uma situação em que a vulnerabilidade do indivíduo se expressa na forma de um transtorno psiquiátrico. Um paciente com esquizofrenia precisou ser internado de urgência para operar uma apendicite e depois da cirurgia evoluiu com agitação psicomotora e delírios, embora estivesse em tratamento. O estresse ao qual fora submetido foi além de suas possibilidades de enfrentamento, o que ocasionou a crise. Episódios como esse em pós-operatório são raros em pessoas que não possuam uma vulnerabilidade para transtornos psiquiátricos.

A relação entre a esquizofrenia e padrões disfuncionais de enfrentamento existe desde o estudo do psiquiatra suíço Adolph Meyer (1866-1950), em que ele constata que a esquizofrenia é resultado de um acúmulo de reações defeituosas da pessoa às exigências da vida. Confrontados com fracassos, pacientes gradualmente desenvolvem reações substitutivas em vez de ajustamentos eficientes às dificuldades. Essa falência na forma de lidar com as adversidades não constitui um episódio de esquizofrenia por si, mas, segundo Meyer, a transição entre a desadaptação e a esquizofrenia seria um processo insidioso e contínuo. Intervenções neste momento, antes do desenvolvimento de um primeiro episódio psicótico, seria o mais adequado para a prevenção da doença.

Quando a adaptação falha e surge um episódio psicótico, o grau individual de vulnerabilidade determina a gravidade e a duração de suas consequências. Em indivíduos vulneráveis, entretanto, o que começa como um pequeno episódio pode se desdobrar em um episódio mais duradouro e desgastante para a pessoa, acarretando em um comportamento progressivamente mais desajustado.

Em ambos os casos, o desfecho pode ser a assimilação ou a acomodação. Na assimilação, a adaptação é recuperada na medida em que se altera o ambiente e se reforça as habilidades de enfrentamento da pessoa. Quando o estresse é eliminado, seja por influência do próprio organismo, pela passagem do tempo e das circunstâncias ou pela ajuda externa, o organismo retoma o seu estado anterior de equilíbrio. Mesmo num episódio mais grave, como é o caso da esquizofrenia,

o retorno ao estado anterior ao episódio é possível, porém este processo pode ser mais complicado e demorado, requerendo maior tempo e investimento no tratamento. Na acomodação, a pessoa não consegue buscar novas estratégias para superar as dificuldades ou as estratégias não são eficientes para vencer o estresse do ambiente (que permanece alto), levando a uma duração maior da doença e ao esgotamento da energia para manter o enfrentamento.

A habilidade de enfrentamento é, portanto, resultante da iniciativa de enfrentamento com a competência que a pessoa possui. Pessoas mais fortalecidas serão capazes de se adaptar a situações adversas e a eventos de vida reconhecidos pela maioria como ameaçadores na maior parte das vezes. Momentos de maior ou menor esgotamento e de falhas na adaptação poderão ocorrer, com sinais de tensão e estresse, mas não a ponto de causar um episódio psiquiátrico. A pessoa num estado de colapso de sua capacidade de enfrentamento entra num estado de risco, de baixa resistência psicológica. Se a vulnerabilidade da pessoa for baixa, esse período passará sem grandes consequências, mas se a vulnerabilidade for grande, esse estado de maior sensibilidade pode se desdobrar em um episódio psiquiátrico. Portanto, uma pessoa mais vulnerável (menos resistente) certamente terá na sua vida mais situações de estresse para minar sua resistência, passando parte de seu tempo em risco psíquico.

Para Zubin e Spring, o que é permanente na esquizofrenia é a vulnerabilidade, e não o estado de doença. Uma minoria dos pacientes permanece cronicamente doente, a maioria experimenta episódios transitórios e um padrão de recuperação-recaída-recuperação. Esta visão da esquizofrenia se contrapõe à visão tradicional, cunhada pelo psiquiatra alemão Emil Kraepelin, quem primeiro descreveu a doença como “demência precoce”. Ele dava mais importância ao desfecho, no caso, à cronificação e à perda da funcionalidade e da autonomia (daí o termo demência), do que à psicopatologia e ao funcionamento social dos pacientes.

Naquela época, final do século XIX, os pacientes com esquizofrenia permaneciam internados por longos anos, distantes da família e do contato com a sociedade. Gruenberg descreveu, em 1967, uma síndrome de colapso social, que caracterizava pacientes internados por muito tempo, alienados e isolados da comunidade, com perda progressiva de suas habilidades de enfrentamento, o que poderia ser confundido com uma psicopatologia crônica e indolente. Na verdade, este cenário só começou a mudar (muito lentamente) com a descoberta dos primeiros antipsicóticos a partir de 1950, que permitiu a desinternação progressiva dos pacientes e a substituição do tratamento hospitalar

pelo ambulatorial. No Brasil, a reforma psiquiátrica e o modelo de assistência substitutiva aos hospitais psiquiátricos só ganharam força na década de 1980, quando também começaram a surgir medicações mais eficazes para o tratamento dos transtornos mentais.

Essa visão pessimista de que esquizofrênicos tendem inexoravelmente à deterioração de seu psiquismo, fadados a um estado permanente de doença e de perda de qualidade de vida, infelizmente permeia a psiquiatria ainda nos dias de hoje, apesar das evidências contrárias, seja no campo das pesquisas, seja na prática cotidiana dos consultórios de psiquiatria. Isso desestimula médicos, terapeutas, familiares e pacientes de mobilizarem todos os esforços em direção à recuperação plena, por acreditar que o futuro dessas pessoas já esteja selado pela doença.

Patrícia Deegan constatou isso em sua primeira internação, quando obteve o diagnóstico pela primeira vez: “Antes de ser diagnosticada com esta doença eu era vista como uma pessoa inteira, depois é como se os profissionais colocassem um óculos através do qual só conseguiam me enxergar como doente e como uma pessoa despedaçada. Apesar de estar profundamente estressada, eu continuava no fundo me sentindo eu mesma, a Patrícia de sempre, mas os profissionais e, mais tarde, meus amigos e minha família, pareciam ter esquecido a Patrícia e agora estavam mais interessados na ‘esquizofrênica’. Com o tempo, passei a internalizar esse estigma e a ter uma visão desumana de mim mesma. Isso para mim é um ato de violência, e tratar pessoas como se elas fossem doenças é desumano”!

A visão pessimista sobre a esquizofrenia pode influenciar no tratamento e na recuperação de várias formas. A forma mais prejudicial de todas é o estigma que se instala na pessoa adoecida e na família (autoestigma). A crença de que a doença é devastadora, de que a pessoa não será capaz de se recuperar e que terá de conviver com as mazelas da doença para o resto da vida rouba-lhes a esperança e a energia necessária para sua recuperação.

Muitos pacientes e familiares têm vergonha, escondem ou negam a doença por muitos anos. Distanciam-se do seu ciclo social, retraem-se e isolam-se junto com o paciente, que muitas vezes tem este comportamento pela própria doença. Esta rede social, que terá um papel crucial para a recuperação do paciente e da família, vai com o tempo se escasseando, e as famílias vão se vendo cada vez mais sozinhas.

A vergonha e o autoestigma fazem as famílias evitarem todas as formas de contato com a doença, inclusive ler a respeito, uma maneira de aprender

novas formas de lidar e solucionar os conflitos que a esquizofrenia traz para a convivência. O acúmulo de tensões e a falta de uma válvula de escape trazem para os relacionamentos uma sobrecarga emocional que se expressa muitas vezes na forma de críticas, deboches, cobranças, hostilidade e frustrações que passam a dominar o cotidiano dessas pessoas. O ambiente em casa passa a ser prejudicial não só para a recuperação dos pacientes, como para a saúde mental de seus familiares.

Sabemos que o estigma da sociedade em relação às doenças mentais é grande e difícil de combater. Requer um esforço governamental através de políticas de saúde e prevenção que passam por campanhas sociais, mais informação e, sobretudo, boa assistência à saúde mental. Já o combate ao autoestigma depende de cada um, da sua disponibilidade para enfrentar seus preconceitos, para informar-se melhor sobre a doença, para quebrar o paradigma e procurar melhorar suas atitudes em prol dos que sofrem. Desconstruir seu próprio estigma é uma forma de contribuir também para que sua comunidade veja a esquizofrenia de outra maneira: percebendo em você a naturalidade e a visão desprentensiosa que tem sobre a doença, cada um terá a oportunidade de rever suas crenças. Esse efeito pode começar dentro de sua própria casa e de sua família.

É preciso que todos busquem novas formas de convivência fora do campo da doença. Ampliem suas redes sociais, entrem em contato com outras realidades, procurem se relacionar deixando de lado a doença e buscando um no outro as suas virtudes, o amor, a compaixão e, sobretudo, a esperança de que a recuperação é possível e deve ser um desafio encarado por todos em conjunto.

Outra influência que essa visão fatalista da esquizofrenia traz diz respeito ao próprio tratamento. Se profissionais de saúde mental pudessem ver seus pacientes como vulneráveis ao invés de permanentemente doentes e a recuperação – não só a melhora dos sintomas, mas a retomada da vida de seus pacientes – como algo ao alcance deles, eles seriam mais assertivos em seus tratamentos.

O tratamento abrangente para a esquizofrenia, que aumente as chances de recuperação, deve incluir obrigatoriamente três abordagens:

- 1) tratamento médico, através de medicamentos antipsicóticos;
- 2) tratamento psicossocial (p. ex. psicoterapia, terapia ocupacional, reabilitação cognitiva ou terapia de suporte ao trabalho);
- 3) psicoeducação da família ou terapia familiar.

O medicamento é fundamental, sem o qual os outros dois tratamentos não são possíveis. Ele tem dois objetivos: tratar os sintomas da doença e prevenir recaídas no futuro, para que o paciente não interrompa o progresso que fará no sentido da sua recuperação. Uma nova crise pode frear a recuperação em 6 a 12 meses, tempo necessário para que o paciente se restabeleça do episódio psicótico e reúna novamente os recursos necessários para a retomada da sua vida. Portanto, a prevenção de recaídas é tão importante quanto o tratamento do episódio agudo. Por isso a necessidade da regularidade na tomada do medicamento e da adesão do paciente e de seus familiares em todas as etapas do tratamento.

O início do tratamento é igualmente importante. A demora em iniciar o medicamento quando o paciente já tem sintomas está relacionada a uma pior recuperação e, muitas vezes, a uma forma mais grave. Os primeiros cinco anos de adoecimento são cruciais para todos os tipos de intervenção, pois é o período de maior atividade da doença. Algumas pesquisas demonstraram que nesse período o paciente está mais sujeito às alterações neuroanatômicas e funcionais associadas à esquizofrenia, como redução do volume de áreas cerebrais, particularmente do córtex pré-frontal e do hipocampo, e alterações cognitivas, como da atenção, da memória, da função executiva e da velocidade do processamento das informações, dentre outras.

O início precoce do tratamento pode, portanto, proteger o paciente desses efeitos e possibilitar que ele tenha mais recursos cognitivos para superar as dificuldades e retomar suas atividades de vida. Neste período, os pacientes costumam responder melhor aos medicamentos e aos tratamentos de reabilitação, como o treinamento cognitivo e de suporte para retorno ao trabalho.

O antipsicótico tem um efeito neuroprotetor e pode evitar a progressão da doença em sua fase inicial, porém nesta época é comum também que pacientes não aceitem o tratamento ou interrompam o medicamento precocemente, gerando recaídas e dificultando ainda mais a recuperação.

Adesão é o termo que se usa para definir a regularidade do tratamento. Problemas de adesão são comuns na esquizofrenia e envolvem diferentes motivos. Um paciente pode não aderir ao tratamento porque não se acha doente, porque a medicação causa um efeito colateral desagradável, porque a medicação não é eficaz o suficiente para o alívio dos sintomas da doença, não fazendo sentido o compromisso de tomar o medicamento, ou porque se esquece de tomá-lo. Por outro lado, há pacientes que aderem no início e depois interrompem o medicamento, por achar que estão curados e não precisam mais de tratamento.

A não adesão costuma ocorrer nos quadros mais graves ou de pior evolução, sendo um dos principais fatores relacionados ao conceito de resistência ou refratariedade ao tratamento (esquizofrenia refratária). Por isso, a importância de se identificar rapidamente as razões para a não adesão e tratar o paciente com medicamentos eficazes e mais toleráveis, que possam ser mais eficientes para o tratamento a longo prazo, reduzindo assim os riscos de interrupção e de recaídas.

Os efeitos colaterais que mais comprometem a adesão são os efeitos extrapiramidais (do tipo parkinsonismo – tremores, lentidão, alteração da marcha) e os metabólicos (ganho de peso). Os antipsicóticos de segunda geração (conhecidos também como *atípicos*) costumam ser opções mais eficientes do que os de primeira geração (*típicos*), por causarem menos efeitos extrapiramidais.

Uma alternativa para pacientes que se recusam a tomar medicação oral ou que interrompem seguidamente o tratamento são os antipsicóticos de longa ação. São medicações injetáveis, geralmente administradas uma ou duas vezes ao mês por via intramuscular, que garantem uma liberação controlada da medicação na corrente sanguínea, mesmo que o paciente não tome comprimidos. Existem até o momento quatro opções de antipsicóticos de primeira geração (Haldol Decanoato®, Piportil L4®, Flufenan Depot® e Clopixol Depot®) e dois de segunda geração (Risperdal Consta® e Invega Sustenna®) com essa característica. Outros antipsicóticos de segunda geração já comercializados no Brasil vêm sendo testados na apresentação injetável de longa ação, como o aripiprazol (Abilify®) e a olanzapina (Zyprexa®), e podem estar disponíveis em breve.

O tratamento psicossocial deve ser indicado de acordo com cada caso. Existem pacientes que se recuperam mais rapidamente do episódio agudo e logo têm condições de retornar ao trabalho ou estudos. Para eles, uma psicoterapia individual e um suporte para esse retorno às atividades costuma ser suficiente. Há pacientes que têm um grau maior de dificuldade e precisam de um período maior de reabilitação, necessitando de psicoterapia, de terapia ocupacional e de treinamento cognitivo.

Um aspecto psicossocial central no tratamento e na recuperação das pessoas que sofrem de esquizofrenia é o ambiente da residência. A maioria dos pacientes reside com suas famílias, principalmente com os pais. Vários estudos, em diferentes países, constataram que viver em ambientes com alto nível de exigências e críticas aumenta as taxas de recaídas e hospitalizações. E

o mais impressionante: quando comparados dois grupos de pacientes, ambos morando com familiares com alto nível de crítica, em que somente um grupo usa regularmente medicamentos, o resultado ao final de um ano é semelhante em relação ao índice de recaídas. Ou seja, o ambiente familiar com alto nível de crítica anula os benefícios que o tratamento pode proporcionar.

Portanto, a atitude da família é tão importante quanto a medicação. Essa constatação é tão forte que a psicoeducação de família, nome que se dá ao tratamento familiar na esquizofrenia, foi considerada a modalidade de tratamento psicossocial com maior evidência científica, constando em todos os consensos internacionais para tratamento da doença. Lamentavelmente, a cobertura desse tratamento para famílias de pacientes com esquizofrenia não atinge 20 %.

As prerrogativas de um tratamento de psicoeducação de família são: informar os familiares sobre a doença (por isso o nome educação) e ajudar familiares e pacientes na busca por solução para os problemas advindos da convivência com a doença, que pode ser feita individualmente com cada família e o paciente ou em grupo, com várias famílias e pacientes (tabelas 1.2 e 1.3).

O desafio que se coloca no tratamento da esquizofrenia é reduzir a vulnerabilidade do paciente, melhorando sua competência e suas habilidades de enfrentamento, e melhorar o seu ambiente, reduzindo assim o estresse e a sobrecarga emocional sobre ele, seja no ambiente familiar, no trabalho ou na comunidade, de forma a prevenir futuros episódios e facilitar o processo de recuperação.

Conhecer a fundo a esquizofrenia é o primeiro passo na direção da recuperação. Os próximos capítulos vão abordar em detalhes o conceito da doença, os sintomas, sua biologia, os tratamentos e, sobretudo, o papel fundamental da família e do paciente na recuperação.

Tabela 1.2 Lista com as principais estratégias de enfrentamento para a família que o grupo de familiares e pacientes do Instituto de Psiquiatria da UFRJ – IPUB elaborou em 2012

Estratégias de enfrentamento para os familiares	Comentários
1) Não negar os sintomas e a doença.	Todos os familiares passam inicialmente por uma fase de negação, em que subestimam a doença ou duvidam do diagnóstico. Isto afasta a família do tratamento e da busca por informações.
2) Procurar tratamento para o paciente e para os familiares.	O tratamento é imprescindível para a recuperação. Ele deve ser o mais eficiente e abrangente possível, cobrindo as necessidades de cada caso. A medicação e um tratamento focado na individualidade do paciente (psicoterapia, terapia ocupacional, dentre outros) e na harmonia familiar são essenciais para uma boa recuperação.
3) Informar-se e procurar grupos de auto-ajuda.	Buscar compreender a doença em todos os aspectos e trocar experiências com outras pessoas que passam pela mesma realidade são fundamentais na busca pela recuperação. Grupos de familiares e pacientes ajudam na solução dos problemas e conflitos comuns daqueles que vivenciam a esquizofrenia.
4) Reduzir as expectativas, não desejar pelo paciente.	Cobranças e esperar progressos que vão além da capacidade do paciente neste momento são prejudiciais. O familiar deve procurar compreender e respeitar os limites do paciente, acompanhando-o de maneira colaborativa e deixar que ele faça as escolhas. Em caso de dúvida, o familiar deve conversar com a equipe de tratamento sobre qual a melhor forma de se colocar.

(continua)

Tabela 1.2 Lista com as principais estratégias de enfrentamento para a família que o grupo de familiares e pacientes do Instituto de Psiquiatria da UFRJ – IPUB elaborou em 2012 (continuação)

Estratégias de enfrentamento para os familiares	Comentários
5) Ajudar na rotina de atividades e medicação.	Conversar e ajudar a estruturar uma rotina ou agenda de atividades compatível com cada momento do tratamento (tomar cuidado para evitar superestimulação), monitorar o uso correto das medicações, às vezes precisando assumir a responsabilidade em administrar os remédios, principalmente quando o paciente não tem condições de cuidar disso. Ajudar o médico a reconhecer quando o paciente não adere ao tratamento (p. ex. falha na tomada regular dos remédios).
6) Ampliar a sua rede social e socializar-se.	O familiar muitas vezes se sente só ou se isola do contato com outras pessoas. Participar de grupos na comunidade, como igrejas, clubes, associações, grupos de autoajuda. Não abrir mão de seus momentos de lazer, com e sem o paciente, não se restringir ao cuidado com o paciente, procurar viver “mais fora do que dentro da doença”.
7) Valorizar os avanços e os ganhos em detrimento dos problemas.	Colocar uma lente de aumento nos avanços conquistados, ainda que os julgue menores, e procurar relevar conflitos que possam ser postos de lado, para não estressar ainda mais a convivência. Aumentar o nível de tolerância e ter em mente que os progressos são lentos e nem sempre acompanham nossos desejos, mas a mudança de atitude, mais acolhedora e positiva, com otimismo e esperança, são essenciais para que as conquistas avancem.
8) Não criticar ou cobrar.	Críticas, cobranças, reações hostis e agressivas agravam a doença, minam as relações, provocam reações agressivas e afetam a adesão do paciente ao tratamento.

(continua)

Tabela 1.2 Lista com as principais estratégias de enfrentamento para a família que o grupo de familiares e pacientes do Instituto de Psiquiatria da UFRJ – IPUB elaborou em 2012 (continuação)

Estratégias de enfrentamento para os familiares	Comentários
9) Respeitar, ouvir e compreender o paciente.	Ter uma atitude de escuta e acolhimento, respeitar as crenças do paciente, mesmo que sejam fantasiosas, ter carinho, atenção, dar proteção e segurança.
10) Estimular o lazer em família.	Fazer passeios, viagens, frequentar eventos culturais, procurar ter momentos saudáveis em que a doença não seja o fio condutor. Muitas famílias só se relacionam com o paciente para falar da doença, cobrar sobre o tratamento ou sobre atividades que o paciente não consegue sustentar.
11) Manter sua individualidade, não anular sua vida ou desistir de buscar a sua felicidade.	Em muitos casos existe uma simbiose entre o familiar e o paciente. A sua vida não pode parar porque outra pessoa adoeceu, isso não significa que você não se preocupe com ela ou não tenha compaixão. É preciso manter sua independência; ter momentos em que pensa e se preocupa consigo; separar os momentos em que está com o paciente daqueles em que está com seu cônjuge, namorado ou amigos; buscar momentos de reflexão e relaxamento; não abrir mão do que considera ser essencial para sua felicidade. Se você estiver feliz, terá mais chance de ajudar o paciente, e ele ficará melhor.
12) Não se culpar pela doença e não culpar o paciente.	Ninguém é culpado pela doença. A esquizofrenia é uma doença como qualquer outra, com componentes genéticos e biológicos, e não pode ser atribuída a fatores unicamente psicológicos ou ambientais. A responsabilização do familiar ou do paciente às vezes é um sentimento automático ou inconsciente que gera desgastes nos relacionamentos, afastam um do outro e dificultam os passos necessários para a recuperação. Procure um tratamento ou psicoterapia para se livrar do sentimento de culpa.

(continua)

Tabela 1.2 Lista com as principais estratégias de enfrentamento para a família que o grupo de familiares e pacientes do Instituto de Psiquiatria da UFRJ – IPUB elaborou em 2012 (continuação)

Estratégias de enfrentamento para os familiares	Comentários
13) Espiritualidade.	A religião, fé ou crença de cada um deve ser respeitadas, pois dá forças à pessoa para atravessar momentos difíceis.
14) Combater o estigma e o preconceito.	Comece combatendo o estigma que existe dentro de você. É comum ter vergonha e preconceito contra a doença mental. São valores errados transmitidos na sociedade, assim como o preconceito por raça, opção sexual e outras doenças, como AIDS, hepatite C e hanseníase. Os pacientes também têm estigma em relação a si próprios (autoestigma) e isso dificulta a aceitação da doença e do tratamento e provoca o isolamento social. Depois de combater seus preconceitos, converse na sua família, ajude-os na conscientização e na eliminação dos preconceitos, junte-se a outras pessoas e comece a combater o estigma na sua comunidade. Juntando forças será possível combater o estigma e o preconceito que existem na sociedade para que ela aceite a doença mental e ofereça oportunidades iguais para todos.

Tabela 1.3 Lista com as principais estratégias de enfrentamento para o paciente elaborada pelos pacientes do grupo de familiares e pacientes do Instituto de Psiquiatria da UFRJ – IPUB em 2013

Estratégias de enfrentamento para os pacientes	Comentários
1) Tomar os remédios corretamente (ter inclusive uma hora certa).	Seguir os horários e as doses dos medicamentos, não se automedicar ou mexer nas doses dos remédios (aumentar ou reduzir por conta própria), conversar com seu médico sobre os efeitos colaterais e a melhor forma de amenizá-los, ter com ele um diálogo franco e aberto, buscando o esquema de medicação que lhe deixa mais confortável, sem perder a eficácia do tratamento.
2) Não usar drogas nem álcool.	As drogas e o álcool são gatilhos para novas crises, aceleram o metabolismo dos medicamentos e agravam os sintomas da esquizofrenia.
3) Dormir bem, não se privar do sono.	Dormir pouco por dias seguidos pode afetar o humor e precipitar novas crises ou agravar os sintomas da doença. Pouca necessidade de sono deve servir de alerta para recaídas que estão por vir, converse imediatamente com seu médico.
4) Ter uma rotina.	Uma rotina estruturada é essencial para sua recuperação. Manter a mente ocupada, ter hora para acordar e para dormir, preencher seu dia com atividades, como curso, trabalho, atividades físicas, oficinas terapêuticas, trabalhos manuais e artísticos. Equilibrar as atividades de forma a não se sentir sobrecarregado, reservando momentos de descanso e lazer.
5) Praticar sua espiritualidade.	A fé e a religião são importantes pontos de apoio, ajudam a renovar a esperança, além de proporcionar encontros com pessoas.
6) Praticar esportes.	Atividades físicas regulares, no mínimo quatro vezes na semana, ajudam no tratamento. Comece com atividades leves, como caminhadas, mesmo que por pouco tempo, mas com regularidade, e aos poucos sentirá os benefícios do exercício regular.

(continua)

Tabela 1.3 Lista com as principais estratégias de enfrentamento para o paciente elaborada pelos pacientes do grupo de familiares e pacientes do Instituto de Psiquiatria da UFRJ – IPUB em 2013 (continuação)

Estratégias de enfrentamento para os pacientes	Comentários
7) Ter bons relacionamentos.	Ter relacionamentos positivos com sua família, amigos, grupos de apoio e outras pessoas que também sofrem da doença.
8) Ter tempo para o lazer e para leituras.	Boas leituras, programas de lazer, atividades sociais e culturais são tão importantes quanto as atividades de trabalho.
9) Ter consciência de suas limitações e vulnerabilidade.	Evitar ambientes estressantes ou com muito estímulo, situações ou pessoas que possam desestabilizá-lo, respeitar seus limites.
10) Desenvolver habilidades ou mecanismos para voltar à realidade.	Separar o que é real do não real, extinguir pensamentos delirantes com pensamentos sadios, pedir a opinião de alguém de sua confiança ("isso é coisa da minha cabeça?"), confrontar com a realidade ("isso está realmente acontecendo ou pode ser cisma minha?"), não valorizar demais ("isso vai passar!"), buscar outras alternativas ("não é nada comigo, o outro pode estar apenas num mau dia"), estar alerta para os sintomas que ocorrem durante a crise para reconhecê-los e pedir ajuda.
11) Amadurecer sobre a doença.	Ler sobre a doença, aprender com a sua experiência, conversar com outros pacientes.
12) Ter força de vontade.	Procurar ver as coisas com mais otimismo e bom humor, não delegar a outros o que é de sua responsabilidade.
13) Ter autoconfiança.	Recuperar sua autoestima, cuidar de sua aparência e higiene, combater o estigma que há dentro de você.
14) Fazer psicoterapia.	Conversar com um psicólogo para ajudá-lo em cada etapa da sua recuperação.

A PSICOTERAPIA NO TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA

“(...) por um lado, ele havia desenvolvido uma engenhosa estrutura delirante, na qual temos toda razão de estar interessados, ao passo que, por outro, sua personalidade fora reconstruída e agora se mostrava, exceto por alguns distúrbios isolados, capaz de satisfazer às exigências da vida cotidiana.”

(Sigmund Freud)

Em seu trabalho sobre um relato de um caso de paranoia, Freud nos mostra a importância de se levar em conta as narrativas dos pacientes, ainda que estes estejam sob a influência de pensamentos delirantes ou mesmo de alucinações.

O psicoterapeuta vai encontrar um território rico de experiências, que podem ajudar na recuperação e na capacidade de reconstrução de vida daqueles que sofreram um surto ou manifestaram sintomas desestruturantes e que podem, ainda, desfrutar seu presente de maneira eficaz, mesmo que com algumas limitações.

Nesse aspecto, paralelamente ao trabalho médico psiquiátrico e às medicações, a psicoterapia tem-se mostrado um magnífico mecanismo para o entendimento do sofrimento, das angústias e das necessidades do paciente.

Apesar da descrença de muitos a respeito da eficácia da escuta de alguém que apresente sintomas aparentemente distantes da realidade, o trabalho de psicoterapia tem revelado a expectativa que essas pessoas têm de encontrar um espaço onde possam expor seus pensamentos, ansiedades, desejos, medos e sonhos.

Na maioria das vezes, a escolha do terapeuta é feita pela família, o que desperta certa desconfiança por parte do paciente. Por essa razão, as primeiras sessões têm que ser cuidadosas, a fim de que se estabeleça o que se chama de “transferência”, isto é, uma empatia do paciente em relação ao terapeuta em que ele se sinta à vontade, sua censura interna baixe e ele possa falar de suas angústias sem temer qualquer tipo de crítica. Uma vez que esse relacionamento se estabeleça, o trabalho flui mais facilmente e pontos importantes do adoecimento aparecem e podem ser trabalhados.

Ser ouvido e acolhido com respeito, sem ser motivo de olhares desconfiados e chacotas, é um passo grande na busca de entendimento e aceitação de suas dificuldades e, conseqüentemente, no trabalho para superá-las ou, ao menos, conviver com elas de forma a buscar estratégias para uma vida normal.

É interessante notar que pacientes que no início mostravam-se evasivos e desconfiados, ao longo do tratamento vão ganhando confiança e conseguindo perceber melhor a realidade para confrontá-la com suas fantasias. Eles passam a sentir os olhares de crítica e de impaciência e a incapacidade de compreender suas atitudes por aqueles que os rodeiam, o que aumenta sua ansiedade e a busca de isolamento.

Assim, diante do psicoterapeuta, após algum tempo, detalhes de suas experiências anteriores ao desencadeamento da doença são revelados e, através da análise, podem ser elaborados, trazendo mais tranquilidade a eles e permitindo, na medida do possível, estabelecer uma relação crítica com seu quadro. Alguns, inclusive, conseguem fazer *insights* (*flashes* de entendimento) que lhes clarificam, de alguma forma, a compreensão a respeito do que lhes está acontecendo.

Neste momento o paciente pode ter a falsa impressão de que o medicamento não seja mais necessário, vindo a interrompê-lo. Entretanto, é a medicação que possibilita essa busca pelo *insight*, pois ela reduz a força dos sintomas psicóticos que o afastam da realidade.

A qualidade de vida dessas pessoas melhora gradativamente, porque elas recuperam a confiança em si mesmas, adquirem uma consciência maior sobre suas fragilidades e limitações e têm mais chance de superar as dificuldades sociais que a doença impõe. Isso ajuda a aliviar seu sofrimento, ainda que alguns sintomas se façam presentes.

As pessoas que sofrem de esquizofrenia e fazem psicoterapia conseguem conviver com suas dificuldades e retornar a uma vida normal, incorporando novas estratégias que serão úteis caso os sintomas voltem a se manifestar. É um processo lento, pessoal e singular, mas muito eficaz, e que tem-se mostrado importante na recuperação.

Como diz Freud em seu relato sobre um caso de paranoia, “a investigação psicanalítica da paranoia seria completamente impossível se os próprios pacientes não possuíssem a peculiaridade de revelar (de forma distorcida, é verdade) exatamente aquelas coisas que outros neuróticos mantêm escondidas como um segredo”.

Evidentemente, a família tem um papel preponderante nesse trabalho de recuperação, pois é nela que o paciente normalmente busca apoio e aceitação para que a convivência no lar seja acolhedora, sem muitas cobranças e expectativas, que geram tensão e, frequentemente, muita frustração.

Para isso, é muito importante, também, que os familiares entendam que a evolução da doença varia muito de uma pessoa para outra e a recuperação nem sempre se dá da forma desejada e nem sempre de forma linear. Pequenas conquistas do dia a dia precisam ser valorizadas, ainda que estejam aquém daquilo que se esperava. É um trabalho que exige compreensão, paciência, amor e carinho, pois o ambiente em que a pessoa vive tem lugar fundamental para a melhora da qualidade de vida, tanto do paciente quanto de seus familiares.

Entender a doença e seus transtornos, suas limitações, seus tratamentos, conhecer os sintomas mais comuns e conversar com o paciente para tentar entendê-lo são elementos básicos para que a convivência seja harmoniosa e não gere conflitos que, muitas vezes, mesmo evitáveis, tornam-se difíceis de administrar.

Um trabalho conjunto do médico, da psicoterapia e dos medicamentos aumenta as chances de recuperação do paciente para uma vida produtiva, de entendimento e, acima de tudo, de melhor qualidade.

COM A PALAVRA, O PACIENTE...

Opinião dos pacientes no fórum da comunidade virtual do site entendendoesquizofrenia.com.br

@anna: tenho 30 anos recebi o diagnóstico de esquizofrenia em janeiro de 2012. Passei por duas internações psiquiátricas, tive 3 surtos psicóticos e uma tentativa de suicídio. Enfim depois disso tudo resolvi aceitar a doença...o que tem ajudado na minha recuperação é fé, religiosidade, medicamentos, terapia, família, passeios, amigos, bons livros e filmes.

@guilherme: ei Anna tenho 30 anos também, e tenho esquizofrenia, recebi o meu diagnóstico há 6 anos e há 4 anos que não tenho surto, mesmo tomando remédios tenho que lutar contra a doença, com os delírios que tenho de separar entre o real e o imaginário. O que me ajuda muito é a terapia e o artesanato que faço, que posso passar o imaginário na arte. Uma dica que tenho para falar é que não pare de tomar os remédios e tente fazer uma atividade que você goste, ocupe a cabeça, converse com os psicólogos, isso me ajudou muito. Abraços at++.

@htang: olá @anna, minha querida! Seja bem-vinda ao caminho que leva a uma vida melhor naquilo que você necessita. Acredito que esse foi o passo decisivo que você deu no sentido avante para melhorar a cada dia que passar. Continue se tratando com assiduidade e responsabilidade, demonstrando amor próprio e se respeitando cada vez mais. Meus parabéns e beijos na alma.

@patricia: muita paciência, compreensão, motivação, estímulos, e muito amoor!! na sua vida.

Refletir sobre seus erros, sem sentir culpa.

Liberta-se de preconceitos e de coisas que te anulam.

Ser você mesmo

e não fugir da sua luta!!!!

Um dia tudo passa...

Nada modifica o passado...

Mas você pode olhar para um outro lado,
e saber que a vida é bem mais que isso.

Por isso não se atormente!

Tente!

Acredite!

Você é capaz!

Não duvide...!

@htang: acredito que para a obtenção de um tratamento com resultado positivo, que atenuie os sintomas da doença e proporcione ao paciente uma qualidade de vida satisfatória, é preciso, antes de tudo, ter vontade de melhorar e ter em mente que cada dia é dia de conquistas construtivas para uma vida melhor. Também acredito na parceria entre o psiquiatra, a equipe multidisciplinar que atuará no complemento do tratamento.

Quanto à família? Seria a glória se todas ajudassem, levassem seus membros que tem a doença a lugares com estrutura adequada para o tratamento e detivessem a paciência e amor que o caso requer. No entanto, ao que parece, nem todas as famílias estão dispostas a isso. Infelizmente!

Eu concordo com o comentário anterior, quando é recomendado ao paciente a perseverança e outras atitudes de fé e impulso no tratamento.

@antonio: insisto em acreditar que a grande maioria das famílias dá o que de melhor tem ao seu dispor para os seus entes esquizofrênicos. É também assim com a minha família. O caso é que nem sempre tudo o que está ao alcance é o suficientemente necessário para ajudar. Muitas famílias acham que os recursos que dispõem aos seus doentes são tudo o que se pode fazer, mas ignoram que existem outros meios de se melhorar a qualidade de vida deles e da própria família. Compreendo que uma pessoa esquizofrênica se torne um fardo muito grande para uma família, assim como muitos outros doentes, deficientes e muitos idosos, mas sabendo que a esquizofrenia é uma doença incurável, porém controlável, vale a pena procurar por novos meios de se tratar o doente e a própria família em si. Pois, dessa forma, o problema deixa de ser um fardo pesado, quando todos os envolvidos passam a saber lidar com ele e isso propiciará melhor qualidade de vida a todos. Para alcançar a boa qualidade de vida de todos, devem-se aceitar todos os

tipos de ajuda que cada membro concordar individualmente. Por exemplo, na ajuda religiosa que cada qual tenha a de sua aceitação ou preferência ou se preferir ou não aceitar nenhuma, pode-se ficar sem. Claro que algumas coisas seriam ideais a todos, como, por exemplo, terapia em grupo ou familiar. Ou que pelo menos todos tivessem participações em reuniões de família na instituição onde o paciente esquizofrênico faz tratamento. Desta forma todos ficariam informados sobre como lidar com a doença, acompanhar as medicações dos seus entes e isso proporcionaria uma união familiar mais intensa em torno do que antes era um fardo, um pesar, um problema acaba por se tornar algo que transforma a todos, para o seu bem comum, o caminho da felicidade juntos. É claro que a felicidade de uma família não depende apenas de ter o tratamento necessário dispensado a um doente, pode haver outras formas diferentes e também existem outras dificuldades, mas o empenho da família em tratar um doente irá servir de exemplo a se seguir para se resolver qualquer outro problema que haja em seu meio, até mesmo uma perda. Felicidades a todos!

@flavia: quando estou medicada a minha sensação de angústia ameniza bem, ainda escuto vozes às vezes e sinto ainda necessidade de ficar sozinha (pra mim é como um bálsamo), às vezes me pego em estado letárgico, ficando parada durante bastante tempo, mas tenho certeza que isso irá passar, ainda tenho muita angústia quanto ao tratar com os outros e acho que passo um sentimento de frustração a todos que me rodeiam ...eles não entendem direito o que se passa. Meus familiares acham que tudo é frescura mesmo (eles não acreditam em depressão e essas coisas), por isso eu busco forças em mim mesma e conto comigo mesma para a minha reabilitação.

@analigia: os surtos demoram muito a passar? É assim mesmo? Desde o dia 25 de outubro meu irmão está tomando a medicação e ainda tem delírios. Como te disse, mudamos os remédios, os novos o deixam tão calmo que ele nem se mexe direito e sua pressão está tão baixa que teve um desmaio hoje. Demora tanto assim?

@antonio: Ana Lígia, fico muito contente por estar sendo útil, obrigado! Eu acredito que o surto pode variar muito de duração, porque depende muito de acertar na medicação, nas dosagens das medicações e também depende do organismo do paciente aceitar e começar a reagir aos diferentes tipos de medicações. Deve ser o metabolismo da pessoa que influencia mais no tempo em que o organismo reage às medicações. Mas com toda a certeza, com pessoas da família cuidando bem do paciente, o surto deverá ser minimizado, se não no tempo de duração, pelo menos em sua gravidade. Eu acho que fiquei em surto por uns dois anos no início, mesmo sendo medicado, ou pelo menos era uma crise muito forte. Mas isso aconteceu por falta de informações da minha família e por rebeldia minha em não tomar o remédio adequadamente. Isso também dificultou para que os médicos acertassem na medicação. Tem que tentar envolver o paciente no seu próprio tratamento, procurando meios de conscientizá-lo da doença que tem, talvez até (minimizando) no início, fingindo não ser algo grave. Isso pode não ser bom para doenças físicas, mas creio que é uma boa solução para o problema da esquizofrenia nos casos em que se observa que o paciente tem discriminação contra a doença. Quanto ao desmaio do seu irmão, é bom verificar com um clínico o que pode estar causando isso, depois volte ao psiquiatra e se for o caso ele irá mudar os medicamentos. Abraços!

@wagner: ouço vozes mesmo estando medicado. Tomo (medicamentos), mas mesmo assim as vozes não me deixam. Meu médico disse que leva um tempo para a medicação fazer efeito. O medo toma conta de mim de tal forma que não saio mais de casa para praticamente nada. Meu contato com o mundo exterior é através da *internet* e da TV. Não atendo aos telefonemas nem respondo aos e-mails. Meus vizinhos praticamente não me veem. Minha família se preocupa, mas não confio o suficiente para me abrir com ela. Tenho a cada dia me distanciando das pessoas. Quando escrevo fico mais à vontade para dizer o que realmente sinto. Se tiver que falar pessoalmente isso não acontece, pois tendo a esconder ao máximo as informações a meu respeito.

@mariana: Wagner, tenta colocar os pés no chão, tenta pensar que talvez pode não ser real no mundo normal. Tenta enxergar como uma pessoa que não tem essa doença enxergaria, tenta ver de fora, vê de outros pontos de vista. Duvide! Mesmo que você não consiga se demover da ideia, pondere outras visões, outras interpretações, outras conclusões, outras teses. E se isso não fosse real? E se isso fosse alucinação? O que seria normal? Isso pode não existir? O que seria a verdade? Talvez não seja verdade o que eles te dizem? Será que realmente estão me perseguindo, estão investindo contra mim? Pode ser que não!? O que é alucinação, o que não é? Mesmo que pareça muito real, duvide, não há certezas. Essas vozes, essas visões têm que ser amenizadas e controladas, o psiquiatra tem que acertar a medicação, senão não se consegue se segurar. Se você está tendo alucinações, elas têm que ser controladas, bloqueadas. Não perca a consciência.

@lucas: eu me trato contra esquizofrenia há 9 anos, fiquei doente com 17 anos, tenho 26 (...), falando sério, não se assusta, a tendência até pela estatística dos médicos é que os esquizofrênicos se recuperam com o passar dos anos. Esta recuperação que eu digo é funcional, como ir atrás de um emprego, enfrentar melhor a doença, enfrentar melhor o estigma, melhorar a autoestima, isso com o passar do tempo, anos... melhoras para você, tenha fé em cristo, mesmo que não vá a igreja, ore, e também se esforce para ser o mais normal possível, enfrente o que vier com humildade. Abraço!

ACONTECEU NO SITE ENTENDENDO AESQUIZOFRENIA.COM.BR...

Iniciativas que priorizam o trabalho na recuperação da esquizofrenia

O trabalho é um dos pilares na recuperação da esquizofrenia e um dos objetivos mais almejados por terapeutas, familiares e pacientes. Por isso ele foi tema de diferentes mesas-redondas nesta Segunda Conferência Internacional da Sociedade de Pesquisa em Esquizofrenia, em Florença, Itália, realizada em maio de 2010.

Um consenso entre os especialistas é que o trabalho deve ser pensado caso a caso, ou seja, existem pacientes que podem retornar ou ingressar no mercado de trabalho, mas para outros isto pode significar maior instabilidade e risco de recaídas. Outro ponto fundamental é a vontade e a capacidade do próprio paciente. Se voltar a trabalhar é factível e um desejo, isto precisa ser considerado como uma das prioridades do tratamento e o paciente deve ser preparado para retornar tão logo tenha condições clínicas para isso. Não é necessário, contudo, que ele esteja totalmente recuperado ou livre de sintomas. Seu estado deve permitir que ele possa assumir suas responsabilidades, ainda que com algum grau de dificuldade, mas que o trabalho seja mais uma forma dele se recuperar da doença.

Incluir o trabalho no *hall* de terapias psicossociais parece, então, fundamental para que este objetivo seja finalmente alcançado. Dr. Keith Nuchterlein, da Universidade da Califórnia, enfatizou o programa conhecido por IPS (Individual Placement and Support), ou Suporte e Colocação Individual. Por ele, o paciente recebe treinamento e suporte contínuo, enquanto trabalha, através de um treinador de trabalho (*job coach*). Este profissional é capaz de orientá-lo e ajudá-lo nas necessidades que surgirem, avaliando junto à equipe médica cada etapa. Apesar do treinamento prévio, 60% do tempo do programa é com o paciente na comunidade e enfrentando os desafios do dia a dia. Entre os especialistas existe, inclusive, a percepção de que uma etapa de treinamento muito longa e exaustiva prejudica o retorno.

“Antes do retorno é preciso investigar os estressores e a relação do paciente no ambiente de trabalho. O treinamento ajuda a reforçar os pontos fracos e a preparar o paciente para os conflitos identificados pelo treinador”, afirma Dr. Keith. Este programa recebeu 74% de aprovação entre os pacientes, 86% retornaram ao trabalho dentro de um prazo de seis meses e 90% permanecem trabalhando 18 meses depois. A eficácia é quase duas vezes superior ao grupo que voltou a trabalhar sem participar do programa. “Isto mostra a necessidade de metodologias voltadas para a reinserção no mercado de trabalho e isto precisa ser incorporado no arsenal terapêutico da esquizofrenia se quisermos recuperar melhor nossos pacientes para uma vida mais produtiva”, conclui.

Dr. Barnaby Major, da Universidade de Londres, reforça que o objetivo final não é o trabalho em si, mas a qualidade de vida e a autoestima dos pacientes, e que o melhor momento de voltar ao trabalho deve ser decidido por eles. “Eles participam de grupos de psicoeducação e de treinamento para o trabalho até sentirem-se preparados e aptos.” O programa de volta ao trabalho inclui pacientes que participam de programas de intervenção precoce, ou seja, aqueles que tiveram um único surto ou que apresentam sintomas da esquizofrenia, mas ainda não surtaram. “Quanto mais cedo nos preocuparmos com a reabilitação vocacional, maiores serão as taxas de retorno ao trabalho e menores os índices de cronificação, pois o trabalho contribui para o sentimento de valor e inserção social, elevando a autoestima, reduzindo o estigma e ampliando o sentido de recuperação”, conclui.

Dr. Eion Killackey, da Universidade de Melbourne, enfatizou que programas de intervenção precoce e trabalho em saúde mental devem ser uma prioridade de governo e citou o plano de estratégias em Saúde Mental traçado pelo Governo Australiano até 2019. O Victorian Mental Health Reform Strategy 2009-2019 foi desenvolvido por consumidores, profissionais e autoridades do sistema de saúde australiano e reúne os compromissos para ampliar a participação das pessoas portadoras de doenças mentais graves na comunidade na próxima década. Projeto semelhante e conhecido por RAISE (Recovery After the Initial Schizophrenia Episode) foi desenvolvido pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA e preocupa-se em melhorar a participação social e a recuperação dos pacientes portadores de esquizofrenia.

COM A PALAVRA, O PACIENTE...

Sobre trabalho

Opinião dos pacientes no fórum da comunidade virtual do site entendendoaesquizofrenia.com.br

@viviane: eu trabalho há 5 anos, cada dia é um novo desafio, mas conto com o apoio dos profissionais do CAPS da minha cidade, acho difícil mas não impossível, trabalhar ajuda a preencher meu dia, mas é claro que não digo ser portadora de esquizofrenia.

@flavia: eu trabalhava antes de ter o meu surto, no momento eu estou de licença mas não vejo a hora de voltar a trabalhar, quero voltar a ser produtiva, em casa parece que eu não consigo fazer nada direito e meu esposo fica brigando comigo o tempo todo e me chamando de inútil, no meu serviço pelo menos ninguém irá saber do meu problema e eu não ia carregar esse estigma.

@vanessa: eu trabalho desde o ano de 2007 e não sinto nenhuma dificuldade, nunca tive problemas, o único problema é o preconceito, por isso NUNCA contei sobre a doença a ninguém. Eu tomo a medicação regularmente.

@antonio: eu sou aposentado, mas mantenho rotinas, atividades diárias e tenho muitas responsabilidades, por mais que às vezes deixo a desejar. No entanto, me considero bastante útil para minha família e para a sociedade como um todo.

@vanessa: o preconceito existe e está por toda parte, mas tudo isso é um grande exercício e você tem que ter muita paciência. Procure uma profissão que você goste e que não te ofereça tantos riscos, entende? Ninguém repara em você 24h, só você pode fazer isso, então cuide-se!! Trate a doença sempre com naturalidade e não como algo perigoso que você vai encontrar e ter que escapar em cada esquina, é possível sim trabalhar e seguir com a vida!

@viviane: olá, **@vanessa!** Tenho maior facilidade em trabalhar com atividades práticas, porque atividades “abstratas” (que exploram unicamente o raciocínio), particularmente considero estressante e, conseqüentemente, prejudicial, intensificam meus delírios. Algo que eu considero sem contra-indicação é o artesanato, seja pintura, bordado. Mas se pretende seguir em sua área, comece com pequenas coisas, com certeza vai saber até onde pode ir. Isso é claro se você se cuidar e tomar suas medicações.

@agnaldo: eu trabalho há 9 anos, sou concursado e se não fosse, acho que estaria desempregado, mas trabalho até certo ponto normalmente, tenho uma ansiedade terrível e tenho dificuldade de resolver mesmo os problemas sozinho, mas faço, fico estressado mais comigo.

@thais: sou enfermeira, trabalho há 6 anos e sou concursada. Há 2 anos tive surto...foi muito difícil retornar ao trabalho porque meus chefes não compreendiam minha doença e trabalhava sobre forte pressão. O que resultava sempre em afastamentos. Hoje tenho apoio dos meus chefes novos... estou conseguindo desenvolver meu trabalho com mais habilidade. Acho que vou conseguir... pelos menos estou tentando... Durante minha licença fiz muito artesanato, isto me ajudou muito.

@mariana: para combater o preconceito que existe contra portadores de transtornos mentais acredito que iniciativas como esse *site*, que leva informações, que promove troca de experiência e auxílio mútuo, conhecimento acerca da realidade das dificuldades da vida de portadores, se torna grande instrumento para se compreender e desmistificar o “bicho-papão” que para muitos é a esquizofrenia e o comportamento de quem sofre com ela, entendendo que quem é portador tem limites e capacidades, como qualquer pessoa tem, mas com diferenças e intensidades próprias. Que pessoas com essa doença podem conquistar um trabalho, uma faculdade, ser bem-sucedidas, como também outros portadores podem não querer ou não alcançar essa autonomia e também serem bem-sucedidos. Não devemos julgar só pelo rótulo da doença. Como no resto da população cada um tem sua individualidade, suas dificuldades, suas capacidades e barreiras a serem vencidas. Por isso eu considero importante o exemplo de portadores que seguem seu tratamento da melhor forma possível, para que ao se tratar e ir se reintegrando as pessoas tenham menos preconceito.

DEPOIMENTO: COMO APRENDI COM MINHA DOENÇA A SUPERÁ-LA

Meu nome é Wilson, tenho 39 anos, sou casado há cinco anos e sou portador de esquizofrenia.

Nasci dia 04/11/1971 no Rio de Janeiro. Meu pai era funcionário público federal do antigo DNER e minha mãe, doméstica. Morávamos no bairro de Brás de Pina e por alguns desentendimentos dos meus pais com minha avó paterna e minha tia, devido a conflitos religiosos, fomos morar em São João de Meriti, na baixada fluminense. Isso aconteceu por volta de 1975, quando eu estava com 3 anos de idade. Meu pai percebeu minha aptidão com a leitura e ainda com 3 anos aprendi a ler minhas primeiras palavras e com 4 anos já sabia ler e escrever, pois fui alfabetizado por uma professora que dava aulas para crianças. Ela também percebeu a minha aptidão com os números. Aos 6 anos meu pai viu a necessidade de me matricular em uma escola. Após alguns testes de matemática, português e outras matérias decidiram que eu estava apto para começar na segunda série do 1º grau do Instituto de Educação Líbia Garcia.

Minha infância foi maravilhosa. Tive muitos amigos na escola e nas ruas próximas da minha casa. As ruas não eram asfaltadas e eu aprendi a jogar futebol de pés descalços, brincava de bolinhas de gude, queimado, pique bandeira, polícia e ladrão, etc. Por incrível que pareça, o meu primeiro beijo na boca foi dado pela minha vizinha Simone quando eu tinha 7 anos. Os dois irmãos dela me imobilizaram e ela me beijou.

Na escola, apesar de eu ser o mais novo da classe, eu sempre era o melhor aluno. Em 1983, na sétima série, por motivos financeiros, mudei para a escola Independência, em Rocha Miranda. Nessa escola minha mãe conseguiu uma bolsa. No 2º grau escolhi o curso de técnico em química e fui para o Centro Educacional Fluminense, no centro de São João de Meriti, onde estudei no horário noturno com um de meus amigos chamado Sílvio. Eu era muito tímido e romântico e o Sílvio era um conquistador de mulheres.

Em 1991, o meu amigo Sílvio entrou para trabalhar em uma farmácia de manipulação e acabou levando-me para trabalhar com ele como técnico químico. Fiquei três meses, e lembro-me que nessa época eu arrumei a minha primeira namorada, a Glorinha. Ela morava próximo à minha casa, só que existia uma diferença de dez anos entre nós. Eu tinha 18 anos e ela 28. Eu a escolhi para namorar porque ela era diferente. A minha turma de amigos tentava me influenciar para que eu tivesse minha primeira relação sexual com ela, mas eu era um cara romântico e queria ter algo a mais com a pessoa que eu amasse de verdade, e eu não a amava. Fiquei quatro meses namorando e depois terminei.

Resolvi fazer um concurso para supervisor do IBGE e acabei passando. Foi um contrato de seis meses e eu não fui efetivado, porque o presidente Fernando Collor de Melo estava colocando funcionários públicos em disponibilidade e não estava efetivando. O meu amigo Sílvio entrou em uma empresa multinacional e me indicou. Eu fiz uma prova e logo depois passei na entrevista. Comecei a trabalhar em fevereiro de 1992 como analista de laboratório, no controle de qualidade da empresa. Passei para o turno da noite e fiquei trabalhando de 18 às 6h. Doze horas de trabalho todo dia e uma folga na semana.

Eu chegava a ganhar dez salários mínimos na época. Meu pai morava em casa alugada e eu o ajudei a comprar a casa onde morávamos. Ampliamos a casa e todo mundo esperava que eu, com o tempo, casasse, tivesse filhos, crescesse na empresa. Só que aí veio o que ninguém esperava. Em março de 1995 eu tive o meu primeiro surto, durante a jornada de trabalho. Na hora da saída (6h da manhã) eu fui para casa a pé, andei 25 km, trajeto que normalmente fazia com dois ônibus. Cheguei em casa e meus pais notaram que eu estava diferente. Comecei a falar sozinho, coisas sem sentido. Meus pais telefonaram para meus colegas de trabalho pedindo ajuda. Chamaram uma ambulância e me internaram.

Na clínica recebi o diagnóstico esquizofrenia paranoide. Tive muitas alucinações visuais e táteis. Fiquei internado dez dias e quando saí tive que tomar Noval e Costumax³ todos os dias. Meus pais e minhas irmãs sofreram muito e não sabiam como lidar com tudo que estava acontecendo. Às vezes escutava minha mãe chorando e via meu pai olhando para o céu com o olhar fixo como que pedindo ajuda divina.

Voltei a trabalhar um mês depois, mas, por causa das medicações, estava lento e com baixa autoestima. Consegui trabalhar sem cometer erros, porém ainda sofria com as alucinações, distorções e tinha que fazer a maior força para que ninguém notasse. Quando eu dormia, tinha pesadelos horrendos, geralmente com monstros ou com seringas e agulhas me furando. Todo mês eu ia à clínica para dar prosseguimento ao tratamento ambulatorial com uma psiquiatra.

Um ano depois, em fevereiro de 1996, tive outro surto e voltei a ficar internado. Dessa vez fiquei 13 dias (porque o plano de saúde não permitiu que ficasse mais). Fiquei um mês afastado do trabalho, porém, quando voltei, o INSS não permitiu que eu trabalhasse mais. Fiquei em casa recebendo meu salário e fazia a perícia a cada três meses. A empresa cortou meu plano de saúde, alegando que eu era um funcionário que “pesava” e já não tinha utilidade.

Tive que pagar um plano de saúde com o salário que recebia para continuar o tratamento. Em outubro de 1997 o INSS me deu alta. Eu fui até a empresa para voltar a trabalhar e eles simplesmente me demitiram, alegando que eu não estava apto para exercer o meu cargo. Como é que eu poderia receber alta de uma doença que não tem cura (era o que eu pensava)? Antes da doença eu pesava 72 kg, quando eu fui demitido estava pesando 98 kg. Meu metabolismo não era mais o mesmo por causa dos remédios. Eu estava sem emprego, gordo e sem perspectiva nenhuma de viver!

3 Os nomes dos medicamentos foram substituídos por nomes fictícios para não estimular a automedicação ou influenciar no tratamento com base em experiências pessoais.

Continuava com as alucinações e agora estava com problemas para dormir. Comecei a tomar Sonexol e só conseguia dormir 3 horas por dia. Resolvi pagar carnês de autonomia para depois de dois anos conseguir o auxílio-doença, recebendo um salário mínimo. Só que uma pessoa me informou que segundo uma lei assinada em 1995 eu teria direito a receber sobre a média das horas que eu trabalhei na empresa multinacional. Como eu trabalhava 12 horas por noite, eu teria direito a receber mais do que eu imaginava. Paguei 2 anos os carnês de autonomia. Depois fui à empresa que trabalhei e eles me deram um relatório com a média de todas as horas trabalhada. Passei a receber quatro salários mínimos por mês do INSS.

Nessa época fazia tratamento ambulatorial em um posto em São João de Meriti que fazia parte do SUS. Em 2004 entrei para uma Igreja Batista séria e nesse mesmo mês fui a um médico que trocou os meus remédios. Parei de tomar Noval, Costumax e Sonexol e comecei a tomar Contril e Ansiolax. Aconteceu uma virada na minha vida. Passei a dormir mais de 8 horas toda noite e minhas alucinações diminuíram. Eu comecei a fazer novos amigos, fui me socializando cada vez mais. Quanto mais amigos eu fazia, era como se a doença fosse “se diluindo”. Eu comecei a frequentar a escola dominical, depois de 1 ano me tornei professor de uma classe.

Em 2005, durante um passeio em um sítio, eu conheci a Tânia, que também era membro da igreja. Começamos a namorar sério, do jeito que eu sempre quis, porém eu falei para ela sobre a minha doença no nosso primeiro encontro. Falei para ela que só casaria se me aposentasse, pois o auxílio-doença não me dava segurança alguma. Fui aposentado em setembro de 2005 (um mês depois que começamos a namorar) e nos casamos em 2006.

Ninguém notava mais que eu tinha esquizofrenia, fazia 10 anos que fui internado pela última vez. Em 2008 eu comecei o curso de Teologia no Seminário Batista do Sul do Brasil (único curso de Teologia reconhecido pelo MEC), no bairro da Tijuca. Eu pesava agora 75 kg, comecei a reduzir o remédio por minha conta, pois notei que os efeitos colaterais eram aumento de peso e perda da libido. Por favor, não façam isso que eu fiz! Diminuir o remédio sem orientação médica não é a solução.

Tive compaixão da minha avó, pois ela estava bastante velha e tinha um impasse entre quem cuidaria dela: minha tia (com quem ela ficava) e os meus pais, que não queriam ficar com ela devido à incompatibilidade de religiões. Eu, que já estava diminuindo os remédios, assumi a responsabilidade de ficar com ela, pois minha esposa é técnica de enfermagem e eu achei que poderia ajudar. Deixei a faculdade para cuidar dela. Depois de um mês de muito estresse, eu surtei e minha esposa teve, pela primeira vez, a experiência de um surto psicótico. Eu não fiquei violento fisicamente, mas agredia verbalmente. Ela se assustou e foi para casa da mãe.

Eu ficava internado esporadicamente no PAM, um posto de saúde em São João de Meriti que não tinha psiquiatra. O SAMU me levava da minha casa para esse posto, lá eles me amarravam, davam injeções e no dia seguinte me liberavam. Isso aconteceu umas quatro vezes no período de quatro meses. Aí meu pai resolveu pagar um plano de saúde para que eu pudesse ter um atendimento em uma clínica melhor.

Em outubro de 2008 eu telefonei para minha esposa e prometi que ia me tratar de forma correta e pedi que ela me internasse. Ela e uma amiga me levaram para uma clínica onde fiquei dez dias. Depois que saí da internação fui morar com minha esposa próximo à casa da mãe dela. Tinha consulta médica todo mês. Expliquei à minha psiquiatra que diminuísse o remédio porque ele me deixava gordo e sem libido. Ela falou que mudaria o remédio até encontrar um que pudesse atender às minhas expectativas.

Primeiro ela tentou a Zilium. Não deu certo! Aí ela receitou a Avoludina 100 mg e me ensinou como conseguir o remédio pela Secretaria de Saúde do Estado. Esta dosagem de Avoludina era muito baixa, por isso acabei saindo de casa e fiquei dois dias vagando pelas ruas do centro do Rio. Distribuí R\$ 800,00 para os mendigos! Nesse período minha família ficou desesperada, acharam que eu estava desaparecido e tentaram me encontrar de todas as maneiras. No terceiro dia, depois que saí de casa, tive a ideia de entrar no rio Maracanã. Os bombeiros me resgataram. Pedi a eles que me levassem para o Hospital Philippe Pinel. Depois fui transferido para uma clínica privada, onde fiquei por 10 dias. Minha médica aumentou a Avoludina para 600 mg e acrescentou 2 mg de Ansiolax.

A partir daí minha vida ficou do jeito que eu sempre quis. Tomo meus remédios e eles não causam os efeitos colaterais que os outros causavam. Minha psiquiatra me aconselhou a fazer terapia uma vez por semana, ter uma atividade intelectual (eu escolhi fazer um curso de inglês) e não parar com os remédios.

Desde julho de 2010 que eu não tenho alucinações, estou com meu corpo em forma e posso fazer tudo o que uma pessoa normal faz, sabendo dos meus limites: eu observei que todas às vezes em que surtei o fator principal foi o estresse. Estou feliz, centrado e vou todo mês ao Hospital Philippe Pinel (que faz parte do SUS) para minha consulta. Todo mês pego sete caixas de Avoludina 100 mg gratuitamente em um posto de Duque de Caxias, na baixada fluminense.

Antes da doença eu era um rapaz tímido e medroso. Depois de passar por toda essa experiência, eu me tornei mais forte, corajoso e maduro. A cada inspiração e expiração nós aprendemos alguma coisa nova. A vida é uma professora muito perspicaz. Tem uma citação do filósofo Friedrich Nietzsche que resume a minha vida: “Aquilo que não me mata, me torna mais forte”.

Saudações a todos!

CAPÍTULO 2



Os Conceitos e Preconceitos

2.1 UMA BREVE RETROSPECTIVA HISTÓRICA

A esquizofrenia foi inicialmente descrita como doença no final do século XIX pelo psiquiatra alemão Emil Kraepelin. Na época, os pacientes esquizofrênicos eram mantidos em instituições psiquiátricas por longos anos, muitos passavam o resto de suas vidas nos hospitais por não existir um tratamento efetivo para a doença. Kraepelin chamou a esquizofrenia inicialmente de *demência precoce*, pelo fato de ela acometer pessoas jovens, a maioria na adolescência ou início da idade adulta, e evoluir cronicamente e com degeneração do comportamento. Ele reconhecia que a maioria dos pacientes perdia sua autonomia, não conseguia trabalhar ou estudar, perdia a motivação até para atividades simples, alguns exibiam um comportamento infantil e desorganizado que lembrava o da demência. Kraepelin admitia, no entanto, que os esquizofrênicos poderiam ter um curso mais benigno e com preservação de determinadas funções intelectivas que no idoso demenciado deterioravam-se mais rapidamente. Ainda assim, ele cunhou o termo *demência precoce* para esse grupo de pacientes.

No início do século XX, o psiquiatra suíço Eugen Bleuler propôs o termo *esquizofrenia*. Ele achava que o termo *demência* não era adequado e ainda causava confusão com a demência do idoso descrita por Alois Alzheimer (Doença de Alzheimer). Ele escolheu o termo, que em grego significa “mente cindida”, pois acreditava que a alteração fundamental da esquizofrenia estava na incapacidade de os pacientes associarem seus pensamentos e suas emoções, dando a impressão de uma personalidade fragmentada, contraditória e desestruturada. Bleuler descreveu quatro sintomas principais da esquizofrenia, conhecidos como os 4 A's de Bleuler:

- **Afrouxamento dos nexos associativos do pensamento**, ou seja, ideias que são associadas de forma errada e com prejuízo da lógica (do nexos).
- **Autismo**, caracterizado pelo comportamento introspectivo, isolamento social e dificuldade de relacionamento e comunicação com outras pessoas.
- **Afetividade embotada**, com redução das expressões emocionais, com mímica facial e gestos comunicativos escassos ou artificiais, levando à falta de empatia; ou *afetividade ambivalente*, caracterizada pela contradição de emoções e sentimentos em diferentes contextos e situações sociais, levando a uma inadequação das expressões afetivas, com reações ines-

peradas de raiva, tristeza e alegria em situações em que aquela resposta afetiva não é esperada.

- **Avolição**, que significa ausência de vontade, com comportamento desmotivado e apático, sem interesse ou persistência em atividades corriqueiras ou com aumento do ócio.

Bleuler procurava por sintomas específicos da esquizofrenia e acreditava que esses sintomas fundamentais eram comuns às diferentes apresentações clínicas da doença, independentemente dos delírios e alucinações, que eram considerados por ele sintomas acessórios e que poderiam não estar presentes em todos os casos.

Kurt Schneider foi outro psiquiatra cujas contribuições teóricas para a descrição da esquizofrenia, na metade do século passado, são válidas até hoje. Dedicou-se mais ao estudo dos delírios e das alucinações, dando ênfase ao que hoje conhecemos por sintomas positivos da esquizofrenia. Schneider foi o autor que mais influenciou os critérios diagnósticos atualmente utilizados. Há 40 anos, era comum dizer-se que um paciente que viajasse da Inglaterra para os EUA, saía com um diagnóstico de transtorno bipolar da Inglaterra e chegava esquizofrênico nos EUA, pois os critérios eram imprecisos, variavam de um país para outro e permitiam interpretações subjetivas por parte dos médicos.

Os dois sistemas diagnósticos mais utilizados são o CID (Código Internacional das Doenças), desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, hoje na 10ª versão (CID-10), desde 1990, e o DSM (Manual Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria), atualmente na 5ª versão (DSM-5), lançada em maio de 2013. O CID-10 é o mais utilizado no Brasil e serve também para a codificação das doenças para efeito previdenciário ou legal (veja as tabelas no apêndice). A 11ª versão do CID está prevista para 2015.

Na metade do século passado, a descoberta dos medicamentos antipsicóticos, inicialmente a clorpromazina (Amplictil®) e depois o haloperidol (Haldol®), representou um avanço importante para a psiquiatria e para o tratamento da esquizofrenia. Muitos pacientes puderam ser desinternados, retornando ao convívio de suas famílias após longo período. Outros puderam fazer seus tratamentos em casa, sem necessitar da internação como forma de controlar os sintomas mais agudos. Os antipsicóticos permitiram também avanços no campo da biologia da esquizofrenia, como a descoberta do papel da dopamina na psicose, o principal neurotransmissor (substância química que transmite informações de um neurônio a outro) envolvido na doença. Os avanços

na pesquisa multiplicam-se em progressão geométrica e muitas são as teorias sobre a origem da doença. Naturalmente, tais avanços são revertidos para o tratamento, com o desenvolvimento de antipsicóticos mais modernos, com melhor tolerabilidade e menos efeitos colaterais, a exemplo dos antipsicóticos de segunda geração desenvolvidos a partir do final do século passado. Num futuro próximo, medicações com um efeito mais abrangente e estratégias de intervenção precoce, com o objetivo de evitar o primeiro surto da esquizofrenia, permitirão que o paciente possa ter uma vida mais independente e produtiva.

2.2 UM PANORAMA DA ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia é uma das principais doenças mentais e está presente em 1 % da população mundial, ocorrendo na mesma proporção em qualquer país do mundo, independente das variações étnicas, ambientais, socioeconômicas e culturais. Outro dado interessante é que a esquizofrenia mantém a mesma prevalência ao longo da história, independente de guerras, catástrofes, epidemias, etc. Embora os fatores ambientais não sejam desprezíveis no processo de adoecimento, nenhum deles isoladamente aparece como principal ou determinante.

A esquizofrenia é uma doença biológica e, como tal, envolve alterações cerebrais, tanto no nível celular como no químico, acometendo diferentes funções do psiquismo. É errado, portanto, atribuir-se à esquizofrenia causas ou explicações puramente psicológicas, como resultado de traumas, de frustrações ou do estresse. A causa da esquizofrenia é multifatorial, ou seja, engloba fatores genéticos e ambientais. Diversos genes estão envolvidos na doença, tornando a hereditariedade um aspecto importante, como observa-se, na prática, ao se encontrar mais de um esquizofrênico numa mesma família. Os genes, uma vez presentes no código genético (DNA) de uma pessoa com predisposição à doença, são ativados por fatores ambientais (p. ex. traumatismo no parto, infecções maternas durante a gestação, experiências psicológicas negativas na infância, entre outras). Os genes ativados influenciam, então, diferentes etapas do desenvolvimento e amadurecimento do Sistema Nervoso Central (SNC), provocando alterações cerebrais que formarão o pano de fundo para os sinais e sintomas da doença.

Os fatores genéticos e ambientais são igualmente importantes para o adoecimento. Isoladamente, nenhum deles é capaz de determinar a doença. Exemplo disso são estudos com gêmeos idênticos, onde nem sempre os dois

desenvolvem a esquizofrenia: quando um dos irmãos tem a doença, o outro, que compartilha do mesmo DNA, tem uma chance de cerca de 50 % de também adoecer. Isso significa que o fator ambiental é responsável pela outra metade do risco de adoecimento.

A esquizofrenia inicia-se geralmente na adolescência e no início da vida adulta, numa faixa etária que varia dos 15 aos 45 anos, podendo ocorrer mais raramente na infância ou após a 5ª década de vida. A doença atinge, portanto, uma parcela importante da população economicamente ativa, de quem se espera maior autonomia social e de trabalho. A maioria dos pacientes tem dificuldade para evoluir nos estudos, trabalhar e formar uma família. Essa frustração é um sentimento tanto da família como de quem sofre da doença, trazendo muitos conflitos para o dia a dia dessas pessoas.

O custo financeiro da esquizofrenia para o governo é enorme. Nos EUA, por exemplo, a esquizofrenia tem um custo direto de 40 bilhões de dólares por ano, e um custo indireto anual de quase 100 bilhões de dólares. Não existem estimativas oficiais no Brasil, onde existem quase 2 milhões de esquizofrênicos. Os gastos são grandes, pois a maioria utiliza com maior frequência os serviços de saúde, não trabalha, não contribui com os impostos e com a previdência, participa menos da economia, consumindo menos.

A esquizofrenia constitui também um grave problema social. Cerca de 60 % da população que vive nas ruas das cidades de países desenvolvidos é composta por esquizofrênicos que foram abandonados por suas famílias ou delas fugiram. No Brasil, esse percentual é menor (em torno de 20 a 30 %), pelo fato de sermos um país mais desigual e com menos oportunidades, inflando o percentual de pessoas psiquicamente saudáveis e que vivem na rua por desemprego e miséria social. Apesar disso, esse percentual não pode ser menosprezado, pois corresponde a milhares de pessoas na rua por falta de tratamento e de suporte sociofamiliar ou do Estado e que não terão oportunidade de vida se não forem tratadas adequadamente, pois além das dificuldades social e financeira, contam com a doença como principal obstáculo para saírem da situação de miséria.

2.3 O CASO YURI

Yuri é o segundo de quatro filhos de Jorge e Catarina. Hoje ele está com 28 anos e os pais gostam de lembrar de como o filho era alegre e travesso ao longo de sua infância e adolescência. "Até os 15 anos, quando nossa vida se transformou num

inferno do qual ainda não conseguimos sair”, diz Catarina. Yuri nunca foi muito interessado em leituras, era melhor em matemática. “Ler e escrever não eram seu forte”, afirma o pai, que sempre tentou estimular o filho a ler, comprando-lhe livros que mal eram folheados. “O negócio era o bendito videogame”, complementa a mãe. Com 12 anos, Yuri passou a ter dificuldades de integração com os colegas na escola. Era meio tímido e não gostava muito de bater papo. “Uma época teve problemas com um colega que costumava ofendê-lo, porque não se misturava com os outros”, lembra Jorge. Ele passou a ficar irritado e agressivo, mas a turma apoiava a zombaria e os professores não tomavam providências. Yuri pediu para sair da escola um ano depois e os pais atenderam ao seu pedido. “Depois que mudou de escola é que piorou de vez.” Yuri não conseguiu fazer amizades na nova escola e passou a se desinteressar pelos estudos. “Ele ficou em depressão, não queria mais conversar conosco, ficava irritado quando chamávamos sua atenção, preferia ficar sozinho no quarto”, recorda-se Catarina. Levaram-no à psicóloga e Yuri fez tratamento por um ano. “A psicóloga dizia que era da adolescência, ele precisava se soltar mais, era muito tímido e por isso tinha dificuldade de relacionamento.” Catarina viu Yuri piorando, repetir o ano, passar o final de semana trancado no quarto, cada vez mais isolado. Notou que Yuri passou a escrever muito. Não gostava que seus pais lessem seus escritos, dizia que estava desenvolvendo uma teoria nova sobre o mundo, as pessoas e as relações com os astros, o que naturalmente deixou seus pais muito preocupados. “Mas pode ser interesse por ficção científica, deixa o menino escrever, pelo menos tem uma atividade”, pedia o pai insistentemente. Até o fatídico dia em que Yuri saiu de casa pela manhã, sem que seus pais soubessem. Catarina recebeu um telefonema tarde da noite, quando já havia ligado para a polícia. Era do planetário. “A senhora precisa vir imediatamente, seu filho está aqui e precisa da senhora, está tudo bem, mas venha logo!” Ao chegar, Jorge e Catarina demoraram a acreditar no que viam. Yuri subira na cúpula do planetário e de lá gesticulava e falava sem parar. “Vocês precisam me ouvir. Existem forças vetoriais opostas que se transmitem por ondas eletromagnéticas pelo espaço e são captadas pelos organismos. São de vários planetas e constelações diferentes, cada uma se cruza e se combina em infinitas possibilidades. Cada combinação rege as leis de um organismo, penetra pelo cérebro da pessoa e comanda todas as respostas eletrofisiológicas, imunológicas e emocionais, sendo capaz de prever o futuro e programar a pessoa, como se fosse um computador, passando a ter um comando externo para seus pensamentos e suas ações. Todos somos controlados, fantoches de uma força cósmica, tudo é um grande teatro de cartas marcadas.”

A reação de Catarina e Jorge era absolutamente esperada e ocorre na maioria das famílias de pacientes esquizofrênicos. A sensação de irrealidade frente à primeira crise psicótica deixa a família perplexa e paralisada. “O que devemos fazer? Por que tudo isso está acontecendo conosco? Deve ser um pesadelo, amanhã tudo voltará ao normal!” Tudo é muito estranho, aquele filho tão amado, cercado de cuidados e preocupações, de repente falando coisas sem sentido, com ideias estranhas, com um comportamento esquisito, tendo reações emocionais e falando de um jeito que não parece ser a mesma pessoa. Possessão demoníaca? Problemas espirituais? Drogas? Querendo chamar a atenção para si? São muitas as teorias e especulações que a família cria num primeiro momento. As decisões nesse período são importantes para colocar a família e o paciente no caminho certo, o do tratamento médico. Felizmente, Catarina e Jorge tomaram a decisão correta naquela hora, convenceram Yuri a descer da cúpula do planetário e levaram-no imediatamente para uma avaliação psiquiátrica. Não era o que eles queriam, mas era o que precisava ser feito. Com a avaliação médica, veio o diagnóstico: esquizofrenia. Outro baque! “O que é isso? Como aconteceu? Por quê? Somos culpados?” A família tem muitas perguntas para poucas respostas, o que ajuda a aumentar mais a angústia e o sofrimento.

Yuri não chegou a ser internado, recebeu medicamentos e foi para casa. Iniciaria um tratamento psiquiátrico ambulatorial, muito a seu contragosto. Estava revoltado com os pais, que não lhe deram crédito, taxaram-no de louco e agora teria que tomar remédios forçadamente. “Tanto esforço mental em vão!”, teria pensado. Descobrira uma teoria capaz de revolucionar o mundo, explicar o porquê de tantas coisas sem resposta e torná-lo famoso e rico. Mas assistia seu mundo ruir por culpa de seus pais. Jorge e Catarina tiveram muita dificuldade em lidar com seu filho nos primeiros dias da crise. Insistiam para que Yuri esquecesse tudo aquilo, repetiam que era tudo fantasia de sua mente, que ele estava doente e precisava se tratar. Mas Yuri não tinha dúvidas. Era capaz de sentir as ondas eletromagnéticas penetrando-lhe os poros, comandando seu pensamento e revelando coisas incríveis. Sabia, por exemplo, o que se passava na mente de outras pessoas, notava que elas o olhavam como se o conhecessem, percebendo sua interferência em seus pensamentos. “Era tudo muito real para ser mentira! Medicações não iriam demovê-lo de suas convicções”, pensava. A atitude beligerante dos pais só contribuiria para o desgaste da relação entre eles, jamais seria capaz de derrubar tais ideias tão solidamente erguidas.

2.4 OS PRINCIPAIS CONCEITOS E PRECONCEITOS

Como se pode observar no caso de Yuri, um aspecto central da esquizofrenia é a dificuldade de discernimento entre a realidade e a fantasia. Karl Jaspers, o psiquiatra alemão considerado, *no início do século XX*, o pai da *psicopatologia fenomenológica*, ciência que estuda os fenômenos psíquicos, chamava o delírio de alteração do juízo de realidade. O paciente perde a capacidade de avaliar o ambiente ao seu redor de forma imparcial e crítica, não conseguindo diferenciar suas ideias fantasiosas dos fatos reais. O delírio na esquizofrenia tem uma força tão robusta que invade a consciência e passa a dominar as ideias, emoções, percepções, comportamentos e as relações dos pacientes. O esquizofrênico cria um mundo próprio, no qual acredita mais do que na própria realidade. A fase introspectiva que antecede o primeiro surto é muitas vezes consequência dessa criação. Antes do surto, Yuri ficava trancado em seu quarto, escrevendo textos sobre as influências cósmicas em nossas vidas. Seria uma forma de buscar uma solução para suas angústias e incertezas. A teoria concluída e as percepções que a legitimam libertam-no de sua prisão interior e trazem um sentido para seu sofrimento. O comportamento, as emoções, os desejos, as paixões, todos os aspectos de seu psiquismo são afetados pela crença central, o delírio. Do outro lado, o estranhamento dos pais, a falta de sentido, a loucura e a intempérie das ideias e do comportamento de seu filho trazem uma nova realidade para o convívio familiar. Tentar aproximar-se, explorar e compreender melhor esse mundo desconhecido é um desafio imprescindível para resguardar a relação positiva e afetiva da família com o paciente, tão importante para seu tratamento e para o prognóstico da sua doença.

A maioria das famílias leva mais de um ano para aceitar e compreender a doença. Há famílias que demoram décadas. Existe um processo natural de negação da doença, que não é somente do paciente. Embora a família possa escutar do médico o diagnóstico e aceitar que existe um problema, a real dimensão do que é esquizofrenia, que implicações isso tem para o futuro da pessoa que sofre da doença, que medidas são necessárias para evitar recaídas, enfim, mergulhar fundo num entendimento amplo encontra uma resistência inicial quase unânime. Familiares apegam-se a ilusões que são mecanismos de defesa naturais, mas que com o passar dos anos mostram-se frágeis diante da difícil realidade que é conviver com uma pessoa esquizofrênica.

A crença de que a medicação pode curar a doença e afastar definitivamente o fantasma dos delírios, devolvendo ao paciente e à família a tranquilidade da normalidade é uma dessas ilusões. Não há dúvidas de que a medicação é fundamental no tratamento e que a maior parte dos pacientes responde satisfatoriamente a ela. Porém, o tratamento envolve outros aspectos não medicamentosos, como a autonomia, o trabalho ou alguma atividade produtiva, a terapia ocupacional, a terapia familiar e a psicoterapia individual. Acreditar na proficiência farmacológica, portanto, é depositar nos medicamentos expectativas que a própria ciência já demonstrou serem parciais e desvalorizar outras formas de tratamento igualmente necessárias. Trabalhar a autonomia do paciente é fundamental para torná-lo menos dependente da família. A terapia ocupacional é importante para reduzir a ociosidade, diminuindo a sobrecarga afetiva e o tempo de convivência estressante em casa e, em alguns casos, ensinando um ofício para alguma atividade laborativa futura. A psicoterapia individual pode ajudar o paciente a refletir sobre suas atitudes, confrontá-lo com a realidade e produzir a consciência da doença, útil na difícil tarefa de ensinar ao paciente como identificar precocemente os sintomas de recaída e como prevenir futuras crises. A terapia de família identifica as tensões e trabalha a dinâmica familiar, reduzindo os desgastes e conflitos, contribuindo com o tratamento médico e evitando recaídas.

Outro pensamento comum entre os familiares e que os afastam do convívio com o paciente é produto do desconhecimento e do preconceito em relação à própria doença: “não o contrarie, deixe-o quieto, senão poderá ter uma crise”. É muito frequente o paciente queixar-se de exclusão ou isolamento dentro da própria família. Alguns procuram esse isolamento, mas outros são simplesmente excluídos. Familiares não lhes perguntam uma opinião, não compartilham as decisões e assuntos comuns à família, não demonstram interesse ou curiosidade sobre suas vidas. Agem à margem dos interesses dos pacientes sob o pretexto de não estressá-los ou incomodá-los. Isso contribui para que se sintam desprezados, desvalorizados e segregados, reduzindo sua autoestima e autoconfiança.

Uma queixa comum a muitos pais é a de que se sentem sós no cuidado com seus filhos, pois o restante da família se afasta e evita o contato. A falta de alguém para compartilhar ou revezar o cuidado com o paciente sobrecarrega muito o familiar mais próximo, tencionando as já escassas relações existentes, contribuindo para um maior isolamento emocional e social do paciente. Além disso, deixa sob risco maior de adoecimento psíquico o familiar que se vê sozinho e desamparado.

O enigma criado em torno da doença, de que não é possível compreendê-la ou que as atitudes dos pacientes são imprevisíveis ou, na maioria das vezes, violentas, é fruto do desconhecimento e de distorções. Os familiares que convivem com seus pacientes e entendem a esquizofrenia conhecem melhor as atitudes e reações e conseguem prever quando algo não vai bem. A violência pode estar presente algumas vezes em períodos de crise, mas raramente persiste com o tratamento. Estatisticamente, esquizofrênicos não são mais violentos do que a população geral, não justificando esse estigma. Configuram, portanto, atitudes preconceituosas, afirmações como “os esquizofrênicos são perigosos e violentos”, “podem agredi-lo quando menos se espera”, “devem ficar no hospital, pois não se adaptam à sociedade”, etc. Os pacientes necessitam de estímulos compatíveis com suas demandas, inserção social e cidadania, que só serão possíveis derrubando o muro do preconceito e da ignorância.

Outro equívoco comum é de que há pouco a ser feito, pois a doença não tem cura e, apesar de todos os esforços, a cronificação e as recaídas serão inevitáveis. Essa compreensão pode esconder um forte preconceito de quem convive com a doença, revelando a pouca disponibilidade e desejo de estar próximo ao paciente. Nós observamos claramente a diferença entre pacientes que contam com uma família estruturada e participativa e aqueles que não têm incentivo e apoio. A esquizofrenia pode ter um curso mais grave na presença de um ambiente estressante, na ausência de estímulos e na falta de suporte familiar. Os aspectos biológicos da doença têm sua importância no curso evolutivo, é verdade. Porém, o ambiente que cerca o paciente, a maior parte dele representada pela família, pode servir de proteção contra recaídas e de fonte de estímulos para um maior desenvolvimento das funções psíquicas acometidas, interagindo e modificando a biologia da doença.

Derrubar preconceitos e aprofundar os conhecimentos sobre a esquizofrenia são imprescindíveis para quem deseja ajudar aqueles que sofrem da doença. A informação é nossa principal ferramenta nesse caminho. A sociedade precisa ser informada sobre as doenças mentais e perder progressivamente o preconceito em relação a elas. Um esquizofrênico não deve ter suas aptidões julgadas exclusivamente sob a ótica de sua doença, como se ele não pudesse desenvolver habilidades que o afirmassem e destacassem socialmente. A história reserva exemplos de grandes homens que desenvolveram a esquizofrenia, como o matemático, vencedor do prêmio Nobel, John Nash; o bailarino russo Vaslav Nijinski; e até o rei da Inglaterra no século XV, Henrique VI (veja o quadro 2.1).

Quadro 2.1 A história do rei da Inglaterra, Henry VI, que desenvolveu a esquizofrenia

Henrique VI nasceu em dezembro de 1421 no Castelo de Windsor, em Londres, da união do rei Henrique V com Catarina, da França, rainha da Inglaterra. Henrique V morreu de disenteria sem ter conhecido o filho, que foi criado principalmente por serviçais da corte. Sua mãe, Catarina, voltou para a França em maio de 1422, e sempre esteve muito distante do filho. Ela se casou novamente com Owen Tudor e teve quatro filhos. Catarina faleceu em 1437, tendo perdido sua sanidade mental ao final de sua vida.

Aos 2 anos de idade, Henrique VI teve sua primeira reunião oficial no Parlamento, sendo coroado em Londres aos 7 anos de idade. Aos 11 anos, ele já presidia os debates no Parlamento inglês, mas foi oficialmente reprovado por ser muito jovem. Aos treze, era considerado “robusto e habilidoso”, com “grande entendimento nas conversas com embaixadores”. Aos quatorze, começava a participar das decisões nacionais e, aos dezesseis, era rei na prática.

Henrique VI foi muito criticado por perdões imprudentes. Após a morte de sua mãe, ele libertou seu padrasto, Owen Tudor, que havia sido preso por desaprovação oficial de seu casamento com a rainha Catarina, e enviou dinheiro para seus irmãos. Depois, desautorizou seu poderoso tio, o duque de Humphrey, porque queria tentar a paz com a França. Aos 18 anos, fundou o Eton College e, um ano depois, o King’s College, sendo muito participativo no *design* e na administração de ambas as universidades. Participava das cerimônias da Corte e escreveu pessoalmente o elogiado manual de procedimento da casa. Gostava muito de praticar a falcoaria e reformou o alojamento de caça. Aos 23 anos, casou-se com Margarete de Anjou, de 15 anos.

Ao longo de sua segunda década de vida, Henrique VI foi dando sinais de problemas. Ele foi ficando indeciso e menos envolvido com as questões do governo. Sua indecisão foi uma das muitas contribuições para a perda de territórios franceses e para a rebelião popular de 1450.

Em 1447, achou que seu tio, o duque de Humphrey, queria matá-lo ou prendê-lo por ele ter punido cruelmente sua tia e outros críticos de seu governo. Ele fez vários planos grandiosos para a expansão do King's College e da capela do Eton College, querendo transformá-los nas maiores Universidade e catedral de sua época. Passou a ser considerado tolo pelos críticos da época.

Aos 31 anos, foi acometido por um estado de total apatia e alienação mental, que durou cerca de 1 ano e meio. Relatos da época dão conta de que Henrique VI, ao ser apresentado por várias vezes ao seu filho de 3 meses, sequer esboçava uma reação, apenas o olhava. O relato de um membro do Parlamento que costumava passar um tempo com ele antes e após o jantar, descreveu: "apesar de todos os pedidos, orações, desejos, exortações, movimentos e agitações de todas as formas imagináveis, ele não conseguia responder nenhuma palavra ou sinal". Dezesete meses depois, quando a rainha adentrou seus aposentos com o seu filho, Henrique VI perguntou o nome da criança e, depois de ouvir Eduardo, elevou suas mãos ao céu e agradeceu a Deus. Disse depois que não era capaz de saber de nada que lhe fora dito antes, nem onde esteve enquanto doente.

Henrique VI nunca mais voltou a ser o mesmo após sua primeira crise. Relatos antigos descrevem-no como um "rei-fantoches", totalmente destituído de esperteza e coragem, comandado por um conselho de gananciosos e por sua mulher. "Era um pateta, um bobo, que era governado ao invés de governar. O poder real estava nas mãos de sua esposa e daqueles que desfilavam na Câmara Real."

Há relatos de alucinações, de que ele via Jesus e a Virgem Maria e que Eles faziam revelações do que poderia lhe acontecer. Muitos de seus serviçais presenciaram-no olhando para o céu, como se estivesse em transe, comunicando-se com Deus.

Aos 44 anos, após seu filho Eduardo assumir o trono, Henrique VI fugiu para o norte da Inglaterra, onde ficou por alguns anos em monastérios da região. Foi capturado e preso na Torre de Londres, sem que esboçasse qualquer reação, sendo muito bem tratado pelos serviçais do rei. Ao ser solto, cinco anos depois, sua aparência e higiene já não condiziam com a de um rei. Ele aceitou passivamente seu filho como sucessor do trono.

A doença de Henrique VI foi o principal motivo para a Guerra dos Roses, provocada por famílias rivais que lutaram pelo trono da Inglaterra por 30 anos. O duque de York, que inicialmente protegeu Henrique VI durante sua doença, opôs-se a ele após sua recuperação, travando uma guerra civil entre os defensores de Henrique VI e os do duque de York. Eduardo, filho de Henrique e então rei da Inglaterra, e o duque de York morreram na batalha. O filho do duque de York, Eduardo IV, assumiu o trono inglês.

Henrique VI foi assassinado após a morte de seu filho e sua tumba tornou-se um lugar de peregrinação e milagres, tanto que Henrique VII e Henrique VIII pediram sua canonização. Sua mulher, Margarete de Anjou, amargurada, morreu no exílio e na pobreza.

Na família de Henrique VI há história de psicose nos dois lados. Sua mãe Catarina teve sintomas psicóticos no final da vida. O pai de Catarina, Charles VI, teve 44 episódios de psicose em 30 anos de vida e sua mãe, bisavó de Henrique VI, era provavelmente psicótica. Do lado do pai de Henrique VI existe história de caráter forte e inescrupuloso e psicose próxima aos 60 anos de idade (avô e bisavô paternos), possivelmente por demência.

Um estudo publicado em 2002 faz uma revisão detalhada da vida e dos textos históricos do reinado de Henrique VI, e conclui que ele teve esquizofrenia. Sua doença foi a causa principal para a destruição de sua personalidade, de sua família e da sua vida, influenciando decisivamente na história da Inglaterra.

ACONTECEU NO SITE ENTENDENDO A ESQUIZOFRENIA.COM.BR...

Campanhas contra o estigma da esquizofrenia

Pessoas com esquizofrenia são frequentemente vistas como imprevisíveis, incapazes, perigosas, responsáveis por sua doença e com mau prognóstico. Essa percepção tem sido relacionada com o distanciamento social e a discriminação que elas sofrem na sociedade.

Esses estigmas são piores do que a própria doença, pois invadem as esferas da vida da pessoa, como trabalho e vida social, comprometendo sua motivação para lidar com a doença e aderir ao tratamento.

Na esperança de reduzir o estigma, campanhas em vários países veem reforçando os aspectos biológicos e genéticos da esquizofrenia, promovendo o conceito de que a esquizofrenia é uma “doença como qualquer outra”. Conceitos como “a esquizofrenia é causada por uma combinação de fatores genéticos e ambientais ao longo do desenvolvimento da pessoa”, “o cérebro das pessoas com esquizofrenia é diferente do cérebro de pessoas sem a doença”, “genes que aumentam o risco de esquizofrenia já foram identificados”, “alterações na estrutura cerebral e em neurotransmissores estão por trás da doença”, “a predisposição é herdada, mas existem fatores como complicação durante a gestação e o parto e exposição pré-natal a vírus que podem servir de gatilho” têm sido empregados por programas como o “Mudando Mentes” (Changing Minds), do Royal College of Psychiatrists (Inglaterra), “Abrindo as Portas” (Open the Doors), do World Psychiatric Association (EUA), e o programa do National Alliance on Mental Illness (EUA).

O conceito de doença biológica tem ajudado a reduzir a culpa da família e o sentimento de fracasso do paciente, uma vez que a doença é atribuída a fatores fora do seu controle. Esta abordagem parece reduzir o estigma e fazer as pessoas encararem a doença de forma mais positiva, sem culpar o indivíduo.

Entretanto, este conceito tem sido questionado pela comunidade científica como a única fórmula antiestigma, pois pode passar a impressão de que a esquizofrenia é uma doença imutável, que caminha inexoravelmente para um estado mais grave e crônico. Isso pode reforçar alguns preconceitos, como o de que o tratamento em nada adiantará e que a pessoa se tornará totalmente dependente e incapaz, contribuindo para um maior distanciamento social e exacerbação da resistência à doença mental.

Tânia Lincoln, Elisabeth Arens, Cornelia Berger e Winfried Rief, pesquisadores da Universidade de Marburg, Alemanha, publicaram um artigo na revista *Schizophrenia Bulletin* (Set./2008), em que propõem um programa antiestigma “multifatorial”, que incluía, além dos aspectos biológicos e genéticos, fatores psicológicos e sociais, como eventos da vida da pessoa, estressores do dia a dia, comunicação familiar e traumas, como fatores de risco para o adoecimento e recrudescimento da esquizofrenia. Argumentam que fatores psicossociais podem ajudar a reduzir estigmas que não são atingidos pelo modelo biológico, como as possibilidades de recuperação da pessoa e a importância dos tratamentos médico, psicológico e psicossocial para a melhora do transtorno. Isso estaria de acordo com o atual modelo da causa da esquizofrenia, que reúne fatores biológicos (p. ex. genéticos) e ambientais (p. ex. psicológicos e sociais) em igualdade de importância.

Em seu estudo, eles compararam grupos (estudantes de medicina × estudantes de psicologia), que receberam isoladamente um programa centrado nos fatores biológicos (“condição biológica”) e outro nos fatores psicológicos e sociais (“condição psicossocial”).

Em ambos os grupos, a condição biológica ajudou a reduzir o estigma de que indivíduos são culpados pela doença ou são perigosos e imprevisíveis, bem como afastou crenças de que a esquizofrenia é determinação de Deus, problema espiritual ou transtorno autoinduzido. Todavia, no grupo de estudantes de psicologia, a condição biológica provocou a crença de que a esquizofrenia teria um curso grave e deteriorante, com poucas possibilidades de recuperação. Ao contrário, a condição psicossocial foi capaz de desfazer este estigma.

Isto reflete o melhor entendimento dos fatores psicossociais por parte dos psicólogos, que encaram esses fatores como mais mutáveis do que os biológicos. Isto serve de alerta, pois estratégias mais biológicas de combate ao estigma podem ser menos eficazes na parcela da população que compreende melhor os fatores psicossociais e tende a ver os biológicos como mais graves ou imutáveis.

Os autores concluem que educar a sociedade sobre a esquizofrenia através de um viés científico é uma abordagem útil e eficaz no combate ao estigma. Ao invés de excluir fatores científicos relevantes, como o papel de estressores sociais e psicológicos, eles propõem uma abordagem multidimensional e equilibrada. Os aspectos biológicos continuariam exercendo efeito positivo sobre estigmas, como o da responsabilidade pela doença, enquanto aspectos psicossociais melhorariam estigmas sobre a evolução e resposta ao tratamento, compensando possíveis efeitos negativos do modelo biológico.

Eles finalizam afirmando que, para as pessoas que se recuperam da esquizofrenia, não existe nada mais devastador e incapacitante do que o estigma e a discriminação e que o conhecimento científico deve ser mais difundido para melhorar esta realidade.

COM A PALAVRA, O PACIENTE...

O paciente deve saber seu diagnóstico?

Opinião dos pacientes no fórum da comunidade virtual do site entendendoesquizofrenia.com.br

@antonio: depois da experiência de onze anos me tratando, tendo sido diagnosticado um ano e meio depois do início do primeiro surto e tendo tido conhecimento do meu diagnóstico, creio que seja o caminho mais correto a se seguir, o médico deve dizer o diagnóstico ao paciente, explicando-lhe como ele deverá se tratar, mostrando que tem controle e que poderá levar uma vida normal se aderir ao tratamento com rigor para aumentar sua eficiência. Às vezes pessoas se desesperam ao receber um diagnóstico desses, a família, parentes ou pessoas mais próximas devem ajudar para que o paciente se sinta mais confortável e comece a aceitar melhor que tem esse problema, porque no início, assim como eu, muitos pensam se tratar de um grande estresse, algo que vai passar logo, ao contrário de um tratamento prolongado por toda a vida. Acredito que para pacientes muito arredios ao tratamento, vale a pena até mesmo o médico dizer que “isso não há de ser nada, continue tomando a medicação e fazendo a psicoterapia, o hospital dia e logo você estará bem, é passageiro, tudo voltará ao normal quando você menos esperar”. Então o paciente vai fazendo o tratamento e com o tempo percebe por si só que com o tratamento tudo fica bem realmente, enquanto vai aprendendo a lidar melhor com a situação. As pessoas que convivem com o paciente devem ter conhecimento dessa abordagem do médico para que possam colaborar com expectativas positivas no tratamento do doente de uma maneira que ele venha a aderir definitivamente ao tratamento. Comigo, se não foi exatamente assim, teve uma boa parte disso tudo. Por mais que tenha demorado quase dois anos para aceitar completamente o diagnóstico e dar mais ênfase ao tratamento, hoje já tenho onze anos me tratando e, entre um problema e outro relacionado à doença, tenho tido bons resultados no final das contas. Não se deve deixar que o doente pense o que quiser de seu problema, tem que despertá-lo para a realidade do seu problema, mesmo que devagar.

@vanessa: é uma questão relevante pois nem todos aceitam. No meu caso, eu mesma descobri, quando li na bula que o remédio tratava surtos psicóticos, quis saber o que era isso, então numa livraria dei sorte e vi um livro de psiquiatria e vi que toda a descrição de esquizofrenia combinava comigo. Tinha um relato de caso que fez com que eu me identificasse. Comecei a chorar, minha irmã estuda medicina e não quis acreditar que aquilo pelo que passei fosse realmente esquizofrenia, ela mesmo achou que fosse só uma crise de estresse, só depois conversando com o médico ela finalmente aceitou que era esquizofrenia (...). É um diagnóstico difícil de ser recebido pelos familiares, para o paciente mais ainda, porque tem a desconfiança natural da doença, mas acredito que quando o paciente tem condições de compreender o que se passa, que percebe que há algo estranho em si, deve ser explicado o que é (...). Acho que toda informação e conhecimento são válidos. Às vezes meus familiares e até mesmo o médico me dizem para eu não pesquisar sobre o assunto, me incomodo com isso, por outro lado entendo que quando a gente vê e lê que é uma doença sem cura, às vezes com prognóstico desfavorável, incapacitante, etc., é desanimador, a gente fica pra baixo, então tenta-se resolver a questão evitando o contato com o que nos traz dor. Todavia, isso é ignorância, pois se elimina o problema eliminando as causas, mas não as consequências. O que constato é que o problema não é o que se diz, mas como se diz. Por isso falei em sutileza. Entendo que é difícil para o médico dizer essas coisas, pois cada um reage de uma forma, às vezes nem sempre bem, mas acho que é válida a informação. No meu caso me fez pensar em INSS, gastar menos, fazer mais amigos, essas coisas, acho que a gente se prepara mais para o futuro, que é incerto para todo mundo, mas quando se tem a informação fica mais fácil “controlá-lo”. Há uma certa previsão. É importante saber o momento de dizer, às vezes a oportunidade passa. Quando tudo evoluiu cheguei a pensar que o remédio fosse placebo, ia ao médico achando que fosse uma espécie de teatro, tinha que fingir que aceitava a medicação pra tudo aquilo acabar. Embora achasse que fosse um médico de verdade. Imaginei que fosse uma conspiração para que eu ficasse comprometida por causa da indicação do remédio. Olhando o contraste entre o comportamento no início do surto e depois, dá para ver que é uma questão complicada para os médicos.

@guilherme: acho que quando o paciente ainda está no surto não dá para entender a doença. Depois acho que deve falar sim com o paciente.

@dayse: depois de um trauma, passei a não dormir e achar que algumas pessoas com quem tive problemas no passado me perseguiam, nunca ouvi vozes. Hoje me trato. O maior problema é o preconceito. Minha médica não falou até hoje (3 anos de tratamento) meu verdadeiro diagnóstico, deduzo que sou esquizofrênica por causa do medicamento que tomo e das coisas que leio a respeito. Por que até mesmo médicos têm dificuldades de falar abertamente sobre a doença? Acho que como qualquer outra doença que se tem, o paciente quer compreender o porquê daquilo que te acontece, assim acho muito mais fácil de aceitar o tratamento.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

1) O paciente esquizofrênico parece ser uma pessoa em casa e outra em ambientes sociais. Isso pode ser dupla personalidade?

Não, na esquizofrenia não ocorre dupla personalidade. Como descrito por Bleuler, a personalidade do paciente está fragmentada e, assim, ela pode exibir aspectos contraditórios e ambíguos que não são provocados intencionalmente pelo paciente. Nesse sentido, a personalidade do esquizofrênico difere do indivíduo com Transtorno de Personalidades Múltiplas. Este último alterna as diferentes personalidades entre si, mantendo um funcionamento próximo ao normal e de acordo com as características da personalidade vigente. Percebe-se a alteração de comportamento quando o indivíduo muda de uma personalidade para outra, mas o comportamento é intencionalmente dirigido a um objetivo claro e coerente com os aspectos da nova personalidade. Já na esquizofrenia, as mudanças de comportamento refletem a desestruturação, a cisão da personalidade do paciente, que podem acarretar sentimentos, desejos, humor e pensamentos conflituosos e antagônicos.

Essa dúvida é muito frequente entre familiares de esquizofrênicos, que confundem as atitudes dos pacientes com maldade, falha de caráter, perversidade, crueldade, etc. É importante entendermos que as manifestações afetivas e comportamentais da esquizofrenia, em sua maioria, refletem a desestruturação psíquica provocada pela doença e podem, portanto, melhorar com o tratamento.

Isso não quer dizer que o esquizofrênico aja sempre impulsionado pela doença. É bom lembrarmos que características de personalidade e caráter são formadas antes do início da esquizofrenia. A doença pode desestruturar a personalidade preexistente, mas algumas de suas características permanecem. Assim, temos pacientes dóceis e hostis, uns mais cooperativos e outros manipuladores, uns bons e outros maus, bem como existem pessoas com essas características e que não são esquizofrênicas. Uma maneira de distinguirmos o que pode ser consequência da doença ou característica própria da personalidade é comparar o paciente com ele mesmo antes e depois do adoecimento ou durante e depois de uma crise. Se algumas características da personalidade se mantiverem estáveis ao longo de toda a doença ou se já forem qualidades da pessoa antes mesmo do adoecimento, trata-se provavelmente de um traço da sua personalidade e não produto da esquizofrenia.

Algumas reações afetivas podem ser confundidas com aspectos da personalidade, quando, na realidade, refletem transformações das relações familiares ao longo do tempo. O paciente pode tornar-se mais hostil com a família porque durante muito tempo de sua doença foi marginalizado ou tratado de forma rude. Como na esquizofrenia, a capacidade de expressar as emoções está comprometida, pacientes podem agir sempre com uma mesma resposta afetiva seja qual for a circunstância, sem que fique claro a natureza reativa de suas emoções. Abordaremos melhor esse tema adiante.

2) Os pacientes são mais violentos do que as pessoas saudáveis?

O estigma é a carga mais pesada que uma pessoa com doença mental carrega. O estigma afeta oportunidades de moradia, emprego e socialização. Apesar dos esforços em seu combate, permanecem pouco explorados os motivos que levam a ele.

Uma constatação inicial é a de que o estigma contra as pessoas com doenças mentais aumentou nos últimos 50 anos. Pesquisadores norte-americanos compararam as concepções da população geral sobre a doença mental nos anos de 1950 e 1996, e verificaram que, apesar de uma maior compreensão em 1996, as pessoas tinham mais preconceito do que em 1950. Quando eles compararam com a situação de 2006, viram que os avanços da ciência que fizeram da década de 1990 a “década do cérebro” ajudaram a reduzir a discriminação, porém o estigma continuava alto entre os americanos. Embora a neurociência seja uma

ferramenta importante para o combate ao estigma, os índices de discriminação permanecem relativamente fixos na população.

Uma razão para isso parece ser a associação entre doença mental e violência. Os estudos que mostraram um aumento do estigma também identificaram um aumento na percepção da violência de doentes mentais pela população. Surpreendentemente, esta não parece ser a razão para o estigma na década de 1950, já que os estudos demonstraram que a principal razão para a discriminação naquela época era a falta de informação e não a sensação de perigo em relação aos pacientes.

Reportagens de jornais relacionando crimes a doentes mentais têm aumentado muito nas últimas décadas, e isto contribuiu para alimentar esta sensação na sociedade. A associação entre um crime de grande repercussão e a doença mental produz um rótulo muito forte nas pessoas e destrói todos os avanços que uma campanha antiestigma de uma década poderia alcançar, constata alguns pesquisadores.

Os episódios de violência cometidos por pessoas mentalmente enfermas são raros quando comparados à violência cotidiana, porém quando ocorrem tem uma repercussão muito maior. O comportamento agressivo pode ocorrer no início de um episódio psicótico e normalmente está associado à falta de tratamento e suporte psicossocial.

Um estudo com 802 pacientes mostrou que os violentos tinham quase duas vezes mais chance de não terem aderido ao tratamento do que os não violentos. Vários estudos confirmam que o tratamento com antipsicóticos reduz o comportamento agressivo nos pacientes. O reconhecimento e o tratamento precoce dos pacientes podem ser, portanto, medidas úteis tanto para reduzir os casos de violência associados à doença mental como para combater o estigma na sociedade.

Campanhas antiestigma têm repetido sistematicamente constatações verdadeiras de que “a maior parte dos atos violentos não são cometidos por pessoas mentalmente enfermas”, “pacientes são mais vítimas do que atores de algum tipo de violência” e “a maioria dos pacientes não é violenta”, porém esta estratégia não tem sido eficaz para reduzir o estigma na população. Essas afirmações não contradizem ou negam o fato de que uma minoria dos pacientes pode se tornar violenta se não for tratada, e esta minoria é uma causa importante do estigma contra os doentes mentais.

Após a deputada Gabrielle Gifford ser baleada em Tucson, Arizona, por um homem que saiu atirando a esmo, uma mulher esquizofrênica escreveu para o presidente Obama: “Eu estou muito preocupada com o problema das pessoas

com doença mental grave que não são tratadas neste país. Quando violentas, elas mancham a nossa reputação. Eu sinto isto na pele... Por favor, cuide para que tragédias como esta não se repitam.”

Nossa experiência demonstra ser muito mais comum o esquizofrênico ser vítima do que agente de uma atitude violenta. Muitos perdem a capacidade de julgar um perigo real e se expõem a situações perigosas, correndo um risco maior de violência. É difícil aceitarmos a ideia de que a violência é um comportamento humano que não passa necessariamente pelas questões de saúde mental, havendo outros aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos envolvidos.

Como na esquizofrenia a pessoa perde sua razão e age impulsivamente, movida principalmente por seus delírios ou pela desestruturação psíquica, ela pode ficar violenta no período de crise. Muitos pacientes sentem-se vulneráveis, retraem-se com medo de seus perseguidores e se armam para sua própria defesa. Isso não ocorre com todos os pacientes, tampouco continuamente. Cessada a crise e sob tratamento, pacientes que antes se tornaram agressivos, ficam calmos e conseguem controlar melhor seus impulsos.

3) Qual a importância da religião e da fé na esquizofrenia? Elas podem atrapalhar?

A religião e a fé devem ser um ato voluntário, um desejo do paciente, e não uma obrigatoriedade ou imposição da família, acreditando que com a fé virá necessariamente uma cura para a doença. Praticadas de maneira saudável, podem ajudar no tratamento, nos relacionamentos sociais e nas atividades dos pacientes.

Quando existem delírios religiosos, por exemplo, o paciente acredita ser um messias, conversa com Deus ou acha ser um personagem bíblico, o contato com a igreja ou centros religiosos pode alimentar suas ideias, contribuindo para um crescimento da trama delirante. Além disso, sabemos que certas religiões interpretam a doença mental como fragilidade da alma, influência espírita ou possessão demoníaca. Nesses casos, a religião pode ser um obstáculo a mais para o tratamento, retardando o início dos medicamentos e reforçando as resistências do paciente ou dos familiares, que acreditam tratar-se de problema espiritual. Não raramente atendemos pacientes que antes de serem levados ao médico foram submetidos a rituais religiosos para exorcizar demônios. Isso é de extrema gravidade, pois atrasa o diagnóstico e o tratamento, expõe o paciente e sua

família a rituais desnecessários, por vezes traumáticos, e a leitura que o paciente fará dessa experiência no futuro poderá trazer consequências para a sua vida.

4) Como convencer um familiar que resiste à convivência com o paciente, ou não tem paciência com ele, a informar-se e a mudar suas atitudes?

Em primeiro lugar, devemos respeitar o momento de cada um. Lidar com a esquizofrenia mobiliza muitas emoções e sentimentos, alguns que o familiar pode não estar disposto a enfrentar agora. Por outro lado, o sofrimento, quando trabalhado, leva ao amadurecimento e ao aprendizado, transformando comportamentos e atitudes. É desejável que o familiar faça esse percurso em algum momento de sua vida e não desperdice a oportunidade de mudar seu comportamento frente à doença, resultando em qualidade de vida para todos.

Em segundo lugar, um familiar pode iniciar essa caminhada e com o tempo convencer os demais a o seguirem, pode transmitir algumas informações, aplicando-as no dia a dia da família, e mostrar, na prática, através de sua própria mudança de atitude, o valor que a informação e as reflexões têm.

A mudança de uma única pessoa pode alterar positivamente as relações familiares, trazendo benefícios para quem sofre da doença e para os demais membros da família. Outros familiares podem, então, se interessar ou aceitar melhor a sugestão de ler e aprender mais sobre a doença, a fim de mudar também suas próprias atitudes.

CAPÍTULO 3



Os Principais Sintomas

Insegurança, medo, culpa, impotência e grande sofrimento são as reações mais frequentes quando uma família se depara com um surto psicótico de um ente querido. Isso se torna ainda mais angustiante quando o diagnóstico de esquizofrenia é revelado. O que é isso? Como ocorre? Como não havíamos percebido antes? Fomos os responsáveis por essa situação? Essas perguntas são frequentes em todos os envolvidos com quem desencadeia um primeiro surto esquizofrênico.

Por isso, entender como a esquizofrenia se inicia e quais são seus sintomas mais precoces, como eles evoluem até a eclosão da crise psicótica, têm sido um grande desafio para todos aqueles que pesquisam a doença.

3.1 O QUE É UM SURTO PSICÓTICO?

Psicose é o termo aplicado para o estado mental em que a pessoa perde suas conexões com a realidade do mundo exterior. Ela não é exclusiva da esquizofrenia e pode estar presente em outras doenças psiquiátricas. Portanto, dizer que alguém está com psicose não significa necessariamente que essa pessoa seja esquizofrênica. A psicose deve ser entendida mais como uma síndrome, caracterizada principalmente pela ocorrência de delírios e alucinações. É nesse momento que o indivíduo perde a sua capacidade de julgamento da realidade, passando a acreditar mais nas suas experiências internas do que na realidade externa.

O surto psicótico ocorre quando esses delírios e alucinações vêm à tona e é quando a família desperta, de fato, para o problema. Porém, isso não significa necessariamente que os delírios e alucinações surgiram abruptamente. No caso da esquizofrenia, os sintomas psicóticos surgem gradativamente e eclodem no momento da primeira crise, quando a profusão de delírios e alucinações é tão grande que a pessoa não consegue mais camuflá-los. Nesse aspecto evolutivo, a esquizofrenia se diferencia das demais doenças psiquiátricas que podem cursar com psicose, por isso a chamamos de *psicose processual*, ou seja, ela evolui lentamente como um processo, que pode demorar anos para se revelar. No caso do Yuri, relatado no capítulo anterior, esse processo ficou claro a partir do momento em que ele se retraiu mais, perdeu o interesse pelos estudos e se dedicou ao desenvolvimento de uma “nova teoria”. Esse período, no caso dele, perdurou por mais de um ano, até que um dia ele saiu de casa e surpreendeu seus pais ao escalar a cúpula do planetário, falando coisas sem sentido e com

ideias bizarras, como a influência cósmica nos organismos das pessoas. Nesse período mais recluso, Yuri provavelmente foi tomado por dúvidas existenciais ou por um vazio interior tão grande que a “nova teoria” que ele criou foi a forma que encontrou para livrar-se de suas angústias mais profundas.

É claro que quando se fala em psicose, pensa-se logo em delírios e alucinações. Mas há pacientes que pouco deliram e alucinam e, ainda assim, são considerados psicóticos. Por quê? A característica fundamental da psicose é o prejuízo da capacidade de julgamento ou ajuizamento da realidade, o que pode acontecer em casos de desorganização psíquica grave, como a desorganização do pensamento, das emoções e do comportamento. Existem, então, pacientes esquizofrênicos que são mais desorganizados do que delirantes. Voltaremos a esse ponto mais adiante.

É preciso entender que a esquizofrenia, por ser uma psicose processual, possui características que antecedem o primeiro surto em meses ou até anos. Este período é conhecido como *pródromo* (do grego *pródromos*, que significa precursor) e é caracterizado por sinais e sintomas inespecíficos, difíceis de serem reconhecidos, mas que após o desencadeamento da primeira crise tornam-se evidentes.

Famíliares são, então, surpreendidos com uma sensação de que aquela primeira crise já estaria por vir, mas que não foram capazes de percebê-la a tempo de evitá-la. Isso naturalmente vem acompanhado de um grande sentimento de culpa, mas prever com segurança uma primeira crise psicótica é uma tarefa desafiadora até para os médicos mais experientes.

3.2 O PRÓDROMO DA ESQUIZOFRENIA

Klaus Conrad foi o autor que melhor descreveu até hoje o que se passa na mente de um esquizofrênico antes do primeiro surto. Em seu livro *La Esquizofrenia Incipiente*, de 1958, Conrad deu exemplos do que para ele consistia na característica fundamental das fases preliminares: *a incapacidade de transcendência ou incapacidade de transposição dos pontos de referência*. Um exemplo de Conrad é de um homem distraído e sentado perto da janela. Ele ouve um assobio e pensa ser para ele. Olha e vê um homem atrás de um cachorro. Logo descobre que o assobio não é para ele, mas para o cão. Isso é possível graças à capacidade de transpor seu ponto de referência para o homem que perseguia o cão e, colocando-se no lugar dele, adivinhar suas intenções (chamar o cão).

Caso contrário, seria difícil desfazer-se da ideia de que o assobio seria dirigido a ele. Para Conrad, o esquizofrênico teria, logo no início da doença, uma forma diferente de ver e compreender o mundo, colocando-se no centro de tudo, como se todos os acontecimentos ao seu redor lhe dissessem respeito ou estivessem ali para lhe mostrar algo além do seu significado aparente. Este mecanismo está por trás dos delírios e das percepções e das ideias de autorreferência, tão comuns na esquizofrenia.

Apenas para ilustrar melhor a ideia de Conrad, antes do primeiro surto esquizofrênico essa *inversão ptolomaica* de achar-se o centro do mundo, como Cláudio Ptolomeu (século II d.C.) acreditava que a Terra fosse o centro do universo, confere ao paciente percepções e ideias que se entrelaçam para formar o delírio. Já nessa fase, ele seria tomado por dúvidas complexas que lhe deixariam absorto em seus próprios pensamentos, angustiado por um vazio de significados, por grandes pontos de interrogação, que podem ser inicialmente dúvidas existenciais ou questões filosóficas não respondidas.

Isso corresponde ao comportamento de muitos pacientes que se isolam, ficam mais calados e mais introspectivos, como Yuri, buscam leituras de temas como filosofia, religião, ocultismo ou astronomia, meses ou anos antes do primeiro surto. Eles podem se achar diferentes, mudados, com uma sensação de “despersonalização”, ou acreditar que o mundo e as pessoas ao seu redor não são mais os mesmos (“desrealização”). Essas sensações podem vir acompanhadas de distorções na forma de perceber o meio que o cerca, com algumas ilusões, como se as pessoas agissem de maneira estranha ou os olhassem de forma recriminadora. Alguns têm uma preocupação mais voltada para o corpo, com percepções estranhas, como a sensação do cérebro se derretendo, do coração explodindo ou do intestino se contorcendo, ou a crença de estar com alguma doença grave. Em geral, são queixas bizarras ou que não são compatíveis com a realidade do paciente, levando a uma procura por médicos e a exames desnecessários que nada revelam.

É difícil estabelecer um padrão sintomático do pródromo, pois a variabilidade de manifestações é infinita, cada sintoma correspondendo às características desse mundo próprio que os pacientes aos poucos constroem e que irrompem as “barreiras do eu” no momento do primeiro surto. A tabela 3.1 lista os principais sintomas do pródromo da esquizofrenia de acordo com as pesquisas mais atuais.

Tabela 3.1 Os principais sintomas do pródromo da esquizofrenia

Pensamento	Cognição/ percepção	Humor	Compor- tamento
Ideias estranhas, incomuns.	Dificuldade de concentração.	Preocupação, ansiedade, tensão, humor instável.	Inquieto, agitado. Impulsivo, agressivo.
Ideias vagas de que alguma coisa está errada.	Esquecido, confuso, atrapalhado.	Sentimento de vazio, de irrealidade.	Isolamento, evita mais as pessoas.
Medos incomuns.	Desrealização, despersonalização.	Irritabilidade. Sente-se cansado, sem energia.	Parece preocupado e com medo.
Desconfiança, paranoia, ideias de autorreferência.	Distorções da percepção, ilusões.	Rompantes emocionais.	Descuido da higiene e da aparência.
Ciúme, sentimento de culpa, grandiosidade.		Apatia.	Argumenta e discute mais.
Pensamento mágico, pensamento obsessivo.		Alegre, animado.	Necessita que alguém lhe tranquilize.
Novos interesses como filosofia, religião, ocultismo.		Perplexo.	Prejuízos na escola ou no trabalho.
		Hostil, agressivo.	Piora do sono e do apetite, perda de peso.
			Fala de maneira confusa, sem nexos.
			Rotina rígida ou imprevisível.

Os diagnósticos mais comuns nessa fase são a depressão e a ansiedade. A maioria dos pacientes se isola, interage menos com a família e amigos, interrompe a maior parte de suas atividades, principalmente estudos e trabalho, descuida-se da higiene, tem um olhar perdido ou perplexo e não sabe explicar para a família o que ao certo está acontecendo. Por essa razão, grande parte dos pais acredita tratar-se de depressão. Alguns são levados a psicólogos ou a psiquiatras e começam um tratamento focando a depressão. Ocorre pouca melhora e o paciente mantém o comportamento apático e desmotivado.

A ansiedade aparece de diversas formas. Alguns pacientes têm sinais físicos de ansiedade como sudorese nas mãos, tremores, taquicardia e falta de ar. Outros podem ter verdadeiras crises de pânico, com medo de morrer ou de ter um ataque cardíaco, desmaios ou quadros clínicos que num primeiro momento podem parecer doenças neurológicas, cardíacas ou gastrointestinais. Não raro pacientes são levados a um hospital geral, realizam exames e são encaminhados para psicólogos ou psiquiatras com a afirmação de que não têm “nada”, apenas problemas de ordem emocional.

À medida que o primeiro surto se aproxima, os pacientes ficam mais alertas, dormem menos, ficam mais tensos, irritados ou agressivos. O comportamento fica progressivamente mais perturbado, com maior descuido da higiene, má alimentação, perda de peso, rituais repetitivos (coleccionar coisas sem valor aparente, compulsões – como lavar a mão repetidas vezes, tomar muitos banhos ao dia, entre outros), vestuário extravagante, bizarro ou impróprio para as condições climáticas, rigidez para determinadas rotinas, desorganização e regressão do comportamento (que pode parecer infantilizado). Alguns pacientes podem ficar tão retraídos e isolados que ficam sem falar, movimentam-se lentamente ou permanecem numa mesma posição por longo tempo, com um olhar perplexo e para o infinito.

3.3 DEPOIMENTO – “MINHA EXPERIÊNCIA COM A ESQUIZOFRENIA”

Eu me chamo Caio. Fui diagnosticado como esquizofrênico paranoide aos 24 anos, mas minha doença começou gradativamente quando eu ainda estava na adolescência, sem que eu ou minha família percebêssemos ou suspeitássemos de uma doença mental. Minha doença começou silenciosamente, na minha mente. Comecei a pensar menos, com a sensação de que minha cabeça estava vazia, cogitando inclusive

a possibilidade de estar com algum tumor no cérebro. Os poucos pensamentos que tinha distanciavam-se da realidade e se concentravam em fantasias, algumas delas sem sentido, outras que eu começava aos poucos a compreender.

É difícil definir o que eu sentia nesse período, entre os meus 18 e 22 anos de idade. Meus pais diziam que eu estava deprimido, levavam-me a psicólogos, mas não era propriamente tristeza o que eu sentia. Tinha um vazio interior muito grande, alguma coisa real que faltava no meu organismo, no meu cérebro. Poderia ser algo que nem os médicos descobrissem. Um espaço vazio e grande, talvez entre as minhas meninges, o que todos diziam ser impossível, mas que fazia o meu cérebro chacoalhar dentro do crânio.

O que sei é que toda a minha capacidade intelectual foi se esvaindo. Não conseguia mais frequentar as aulas da faculdade, não tinha concentração para ler, já não conseguia guardar as informações. E olha que a matemática requer muita concentração. Como não conseguia ir mais às aulas, tranquei o 3º período da faculdade, para revolta de meus pais, que não compreendiam o real motivo para eu estar assim. Nem eu. O fato é que o clima em casa foi ficando muito pesado. Meus pais me cobravam muito, diziam que me faltava força de vontade, que não podiam compreender um jovem, forte e saudável como eu, trancado em casa, sem amigos e sem qualquer atividade. Mas eu sabia, tinha certeza, que não era isso. Algo mais profundo e grave vinha acontecendo comigo. Mas o quê exatamente?

Tudo estava muito diferente. Eu fui uma criança alegre, sem problemas com os meus pais, tinha um bom relacionamento com meu irmão mais velho e era um cara querido por toda a família. Na adolescência tive muitos amigos na escola e no clube, gostava de jogar bola, nadar e, com 17 anos, já malhava na academia. Tive algumas namoradas. Está certo que não foram namoros longos, duravam em média três ou quatro meses, mas acho que elas enjoavam de mim ou eu, depois de um tempo, já não me interessava mais por elas. Era um garoto com energia e vivacidade, gostava de sair com os amigos e de viajar. Fazia também muitos planos, alguns até megalomaníacos. Sempre fui bom em matemática e sonhava em ser um matemático famoso, ir para o exterior e estudar em Princeton, revolucionar a matemática e, quem sabe, ter reconhecimento mundial. Sonhos que um dia hão de se tornar realidade!

Meus pais, afobados com minha inércia, trocavam-me de psicólogo o tempo todo. Já tinha ido a mais de seis. Sempre a mesma conclusão: “seu filho está passando por dilemas que são próprios da adolescência. Acabou de entrar na faculdade, está indeciso, precisa de apoio e de estímulo, compreensão e carinho”. Mas isso não resolvia meu problema. Minha mente continuava vazia, incapaz de voltar à faculdade, de ler

um livro, de sair e conversar por muito tempo com alguém. Fui me distanciando dos amigos e dos primos, não suportava ambientes muito tumultuados. Pessoas falando ao mesmo tempo me deixavam confuso e com tonteiras. Preferia ficar no meu quarto, ouvindo músicas ou no computador. Às vezes simplesmente deitado e olhando para o teto, mergulhado em meus próprios pensamentos, tentando decifrar os códigos secretos da minha mente.

Aos 22 anos fui ao neurologista. Fiz uma ressonância magnética e um eletroencefalograma, todos normais, e ele me passou um antidepressivo, que de nada adiantou. Fiquei aliviado em saber que não tinha nenhum problema grave no cérebro, mas me preocupava o fato de não melhorar nem com os medicamentos.

Alguns pensamentos daquela época davam conta de que eu podia ser uma pessoa especial, escolhida por Deus para transmitir um aviso à humanidade, prevenindo alguma catástrofe que estava por vir. Apesar da ideia parecer meio estranha, alguns sinais a legitimavam. Foi com 23 anos que comecei a perceber o que ao longo desses últimos anos não conseguia enxergar. As pessoas me olhavam de uma maneira diferente e essa percepção eu tinha fazia tempo, mas nunca dei real valor a ela. Agora parecia estampado em meu rosto que as pessoas realmente esperavam de mim algo grandioso, capaz de mudar suas vidas e alterar o curso de toda a humanidade. Tinha diariamente a impressão desagradável das pessoas me olharem e comentarem entre si coisas que até então só se passavam dentro da minha mente. Mas como sabiam?

Logo surgiram as primeiras vozes. Uma voz, robusta e firme, era de Deus. Quando Ele falava, todas as outras se calavam. Era uma voz que me acalmava, ao mesmo tempo em que também me aterrorizava. “Você é o mensageiro, você é o único capaz de salvar o mundo da 3ª Guerra Mundial.” Ouvia também comentários, alguns sobre minha vida, outros dirigidos diretamente a mim. “Você precisa manter segredo. Se deixar escapar essas informações estará correndo risco de vida. Existem espões por toda parte, enviados pela CIA e KGB, para descobrir a pessoa que poderá pôr um fim à pretensão dos poderosos de dominarem o mundo.” As vozes foram ficando cada vez mais intensas, ocorriam dia e noite, me tiravam o sono, me acordavam de madrugada. Fui ficando cada vez mais atormentado. Já não conseguia mais distinguir meus próprios pensamentos. Fui tomado pelo medo de estar sendo perseguido e de estar sendo vigiado e monitorado por pessoas estranhas que não conseguia identificar.

Até então meus pais não sabiam de nada. Mas de repente me dei conta de que o telefone de casa estava grampeado, de que havia câmeras escondidas pela casa e que um chip havia sido implantado em meu cérebro e transmitia meus pensamentos, revelando os segredos que tanto temia. Maldita ressonância magnética! Serviu para

implantar o chip sem que eu sequer notasse nada. Agora tinha motivos reais para ter medo. Eles vão me matar! Já não adiantava esconder nada.

Meus pensamentos eram transmitidos por ondas de rádio e as pessoas na rua sabiam de tudo. Ouvi um dia notícias a meu respeito na TV e no rádio. "Encontrado o messias capaz de salvar o mundo de uma grande guerra a ser deflagrada por superpotências." Precisava fugir de casa, eu e minha família corríamos sérios perigos. Mas meus pais eram resistentes, não acreditavam em mim. Será que foram dominados pelos espiões? Será que não são eles, são espiões disfarçados? Preciso salvar minha vida. Deus me dizia para fugir o quanto antes. Barulhos estranhos rondavam a casa, pessoas vestidas de terno e com carros pretos de vidros escuros me aguardavam na porta do prédio. Preciso fugir!

Cinco dias depois de fugir de casa fui capturado pela polícia. Tinha tentado entrar disfarçado no consulado norte-americano para falar com o cônsul geral. "Os EUA precisavam rever seus planos, a guerra já era de domínio público e um caos social estava prestes a acontecer." Não, não seria mais capaz de mudar o rumo da história. Nesse dia, fui internado num hospital psiquiátrico, considerado louco e sem que ninguém me desse crédito. Nem meus pais.

Tentavam me entorpecer com medicamentos. Meus pensamentos, os movimentos, minha vontade eram totalmente suprimidos quimicamente. A forma mais eficaz de neutralizar alguém. Tinha sido um fracasso, deixei que me pegassem. Agora ninguém mais poderia deter a guerra. A humanidade estava perdida. As pessoas me olhavam com desprezo e decepção. Minha vida perdera o sentido, já não era mais útil e merecia o maior de todos os castigos divinos: a morte. Tentei o suicídio por duas vezes no hospital. Fui tratado com eletrochoques, pois os remédios já não faziam mais efeito.

Após três meses de internação, voltei para casa. Não havia mais vozes, grampos, câmeras ou chips. Não me preocupava mais com o destino do mundo e também não me sentia mais perseguido por espiões. Mas nunca esqueci o que me aconteceu. Fiquei com a lembrança e com o medo de que tudo aquilo volte a me assombrar. Tinha dúvidas se eram sintomas de uma doença. Era tudo muito real! O vazio de antes havia voltado. Não tinha mais vontade de nada, não pensava nos estudos, não queria sair, não ligava para ninguém.

Depois de alguns meses veio o diagnóstico: esquizofrenia paranoide. Será possível? Tudo criação da minha mente? E as vozes, as pessoas me olhando, o rádio e a TV falando de mim? Senti um misto de alívio e revolta. Alívio, porque com o tratamento poderia me livrar daquele pesadelo. Revolta, porque reluto a acreditar que tudo o que aconteceu na minha vida nos últimos anos tenha sido em vão, uma mentira.

Hoje tenho 32 anos e sou muito diferente do rapaz que aos 23 foi internado. Aquelas ideias nunca mais me assombraram, tomo minhas medicações corretamente e procuro olhar para o futuro, tentando apagar da minha memória aquelas tristes lembranças. Estou mais participativo na família. Sinto que as pessoas não agem mais da mesma forma comigo depois da doença, mas procuro vencer esses obstáculos, relacionando-me melhor com elas. Estou ajudando meu pai no escritório, faço trabalhos simples, como xerocar documentos, ir ao correio e ao banco. Os funcionários gostam de mim. Sei que posso ir mais longe, mas o trabalho me mantém ocupado. A maior dificuldade que tenho é de me relacionar socialmente. Não consegui recuperar minhas amizades, tenho vontade de arrumar uma namorada e me casar, ter minha família e filhos. Meus pais dizem que é questão de tempo, que já avancei muito. Tenho consciência de que preciso me esforçar mais para retornar à faculdade, ter um convívio social mais amplo, conhecer pessoas novas. Minha família tem sido fundamental na minha recuperação. Apoiam-me, são compreensivos e juntos procuramos avaliar e discutir cada projeto novo. Aceitar e entender a doença foi um passo importante para mim e para minha família. Sei que quanto maior for a minha consciência, maior a chance de me livrar dos sintomas que ainda me aprisionam.

O depoimento de Caio ilustra com rara lucidez o que se passa na mente de um esquizofrênico antes do primeiro surto. A sensação imprecisa de que algo de novo e estranho está acontecendo é, em geral, um dos primeiros sintomas psicóticos que aparecem. O isolamento social e da família e o retraimento emocional, com maior timidez, introspecção e menor comunicação, é muitas vezes o equivalente comportamental do que está se passando no espaço subjetivo da mente dessas pessoas. O diagnóstico da maior parte dos familiares é de que a pessoa está deprimida, ou ansiosa quando sintomas de ansiedade prevalecem. Dificilmente alguém irá pensar numa psicose ou em esquizofrenia, a menos que alguma experiência passada na família desperte a suspeita por essa doença. O que aconteceu com Caio é mais regra do que exceção. Aos poucos as percepções do mundo vão mudando. São pessoas estranhas olhando e comentando sobre ele, são coincidências do dia a dia que ganham uma conotação muito peculiar, um significado irreal, mas que para o paciente faz todo o sentido e responde às suas dúvidas e inquietações mais angustiantes. Conrad foi muito perspicaz na sua descrição do esquizofrênico enxergar-se como centro do mundo, onde todos e tudo ao seu redor lhe dizem respeito e têm um propósito muito significativo.

O delírio é uma crença central que surge espontaneamente, como uma ideia originada em si própria e não decorrente de outras percepções ou vivências. Caio acreditava ser um messias, um enviado de Deus para salvar a humanidade de uma grande catástrofe, mas não sabia dizer de onde surgiu essa ideia, que até para ele parecia estranha num primeiro momento, mas que logo ganhou a força de uma certeza absoluta. A vida do paciente, suas relações, suas experiências, sucessos e frustrações se entrelaçam e se relacionam à ideia central para formar a trama delirante, um grande enredo, uma história convincente, bem fundamentada, confirmada pelas ilusões e alucinações que o paciente aos poucos passa a perceber mais intensamente. São muitas as confirmações que surgem das experiências do meio exterior, mas que recebem, ao mesmo tempo em que ocorrem, um significado peculiar que se relaciona com o delírio central. Pessoas na rua que olham e comentam sobre ele, carros com vidros escuros que param na porta de seu prédio, o rádio e a TV noticiando fatos a ele relacionados. Do surgimento da crença central à teia delirante, com todas as suas ramificações e histórias colaterais incorporadas, podem passar alguns anos. Caio diz que dos 18 aos 22 anos, portanto por quatro anos, ficou diferente, com uma sensação de que algo de estranho lhe acontecia, mas que a grande descoberta, com as alucinações, as ideias persecutórias e o medo, só veio aos 23 anos.

Segundo pesquisadores, o pródromo da esquizofrenia pode ser tão breve quanto 3 meses ou tão extenso quanto 5 anos, sendo que a média de duração é de 1 a 2 anos. Nesse período, o diagnóstico é muito difícil de ser feito, bem como é incomum que os pacientes sejam levados ao psiquiatra. Quando surgem os primeiros sintomas propriamente psicóticos, como os delírios, as alucinações e as alterações no comportamento, o tempo até a procura do psiquiatra diminui consideravelmente, no máximo entre um e três meses.

3.4 O PRIMEIRO SURTO: UMA RUPTURA NA LINHA DE VIDA DA PESSOA

O primeiro surto é uma ruptura na vida da pessoa que sofre da doença. Em geral, é essa a percepção que os familiares têm. É um adolescente que ia bem na escola, que estudava, fazia planos para fazer o vestibular e ingressar em uma faculdade ou começar a trabalhar. Ou então uma pessoa que ia se casar, constituir uma família, que tinha um projeto de vida pela frente e, de repente, tudo é interrompido ou desaparece.

Essa ruptura pode ser mais ou menos pronunciada, dependendo do nível de funcionamento que a pessoa tem antes da doença. Alguns esquizofrênicos têm desde a infância ou início da adolescência alguns comprometimentos: dificuldades escolares por problemas de atenção, memória ou aprendizado; dificuldade de iniciativa e persistência nas tarefas; limitação intelectual por pouca leitura e estímulo ou por deficiências cognitivas que ocorrem precocemente e que estão ligadas à doença; alterações na capacidade de socialização e comunicação; comportamento impulsivo e dificuldade de perceber e lidar com suas próprias limitações.

Outros pacientes, entretanto, têm um bom desempenho pessoal antes de adoecerem. Estudam, são mais independentes, inteligentes e têm maior autonomia. A primeira crise para esses pacientes implicará num retrocesso e na perda de algumas conquistas, principalmente no campo afetivo, de relacionamentos pessoais e familiares, e laborativo, relacionado ao trabalho e ao estudo. Porém, as suas possibilidades de desenvolvimento e superação são maiores. Alguns conseguem retomar suas vidas após um período de recuperação e estabilização da doença, voltando ao trabalho e aos estudos, subindo, ainda que com algumas dificuldades, alguns degraus e alcançando melhores condições de vida. Outros poderão, ainda assim, ter maior dependência da família, não conseguindo voltar a trabalhar ou a estudar, mas poderão ocupar-se com outras atividades, não sobrecarregando tanto a convivência familiar. Ouvimos com frequência a surpresa e a perplexidade dos pais: “Meu filho era uma pessoa normal, estudava, tinha amigos, namorada, era uma pessoa ativa. De repente, depois dessa doença, perdeu a disposição para tudo, só come, vê televisão e dorme. Os amigos desapareceram, ele não se interessa mais pelas coisas, não consegue fazer nada, não arruma emprego, se tornou uma pessoa inativa e dependente da família, social e financeiramente”.

O desfecho de uma crise e as consequências a longo prazo são difíceis de prever. Primeiro porque depende da gravidade da própria doença, do tempo para o início do tratamento e, como vimos, das condições individuais de cada um. Quanto mais tarde for iniciado o tratamento médico, maior a gravidade e piores as consequências futuras para a vida do paciente. Em segundo lugar, a evolução a longo prazo dependerá muito dos fatores externos: a estrutura da família e as relações entre seus membros, o estímulo ao convívio social, a ocupação com alguma atividade lúdica ou laborativa, o lazer, etc. Traumas, estresse, agressões, hostilidades, cobranças excessivas, superproteção, into-

lerância, negligência, isolamento, todos serão negativos e dificultarão a sua recuperação e estabilização.

Embora não seja conhecida uma cura para a esquizofrenia, estudos demonstraram que até 20 % dos pacientes que passaram por uma primeira crise não apresentaram recaídas ao longo de suas vidas. Provavelmente, esses pacientes eram mais preservados psiquicamente, contavam com maior apoio familiar e tinham uma forma menos grave da doença.

3.5 A ORIGEM DA ESQUIZOFRENIA

Até hoje não se conhece a causa exata da esquizofrenia. Sabe-se que ela sofre influências biológicas/genéticas (hereditariedade) e ambientais (do meio externo), que foram reunidas num modelo teórico sobre a causa da esquizofrenia, conhecido como Modelo de Estresse-diátese (figura 3.1). Nele, um pilar representa os fatores biológicos da doença, como os genes de predisposição à esquizofrenia. O outro pilar refere-se a insultos provenientes do ambiente, como traumas físicos ou psíquicos, experiências psicológicas negativas, infecções durante a gestação ou na primeira infância, complicações da gravidez e do parto, entre outros fatores relacionados à doença (tabela 3.2).

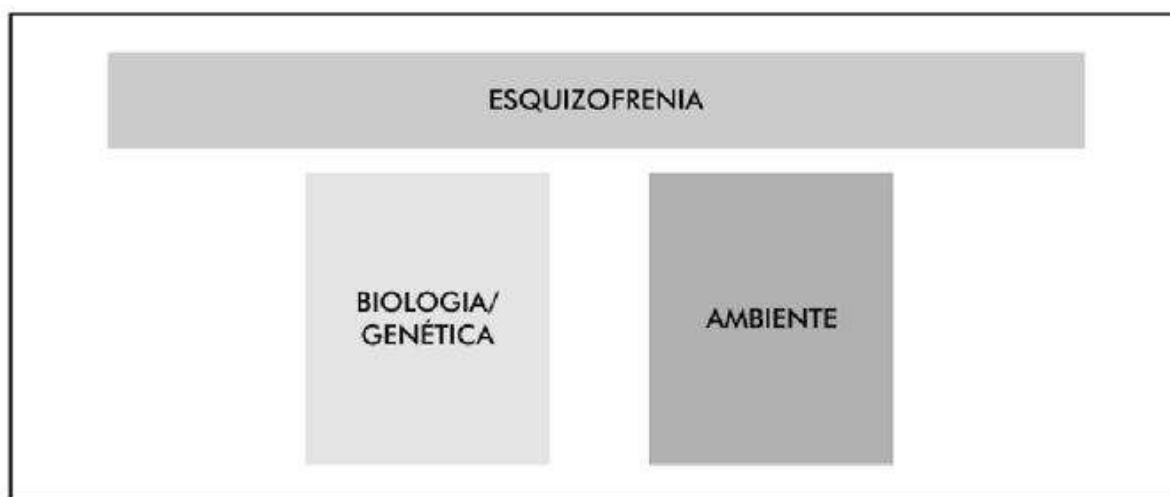


Figura 3.1 Modelo de Estresse-diátese.

Tabela 3.2 Insultos ambientais associados à esquizofrenia

Períodos do desenvolvimento cerebral	Fatores ambientais de risco
Período Pré-natal	– Infecção materna (p. ex. pelo vírus influenza, rubéola, herpes simples, poliovírus, toxoplasmose) particularmente quando ocorrem no segundo trimestre de gravidez. – Desnutrição materna. – Morte do esposo. – Catástrofes (guerras, explosões nucleares, tornados, etc.). – Gravidez indesejada. – Depressão durante a gravidez. – Idade parental avançada (por aumento do número de mutações nos espermatozoides durante a espermatogênese).
Períodos Perinatal e Neonatal	– Complicações da gravidez (sangramentos, diabetes, incompatibilidade rH, pré-eclâmpsia). – Crescimento ou desenvolvimento fetal anormal (baixo peso ao nascer, prematuridade, malformações congênitas, redução do perímetro encefálico). – Complicações do parto (atonia uterina, asfixia/hipóxia neonatal, parto cesariano emergencial). – Interação mãe-criança atípica ou maternagem deficiente. – Perda parental precoce.
Primeira Infância	– Infecções do SNC (meningite, encefalite, sarampo). – Experiências psicológicas negativas. – Traumas psicológicos, abusos físico e sexual. – Traumatismo cranioencefálico (TCE).
Adolescência	– Uso de maconha.
Todas as Fases	– Nascimento e crescimento em centros urbanos. – Migração (minorias étnicas).

A observação da esquizofrenia ao longo de sua história mostra que ela se repete em membros de uma mesma família. É comum um paciente esquizofrênico ter um familiar próximo ou distante que também tem a doença: um tio, um dos avós, um primo, um irmão ou um dos pais. Quando pesquisamos todas as gerações de uma família, percebemos que existem casos de esquizofrenia, de outras psicoses ou de transtornos mentais graves, muitas vezes sem um diagnóstico correto ou que não foram tratados. Algumas vezes um paciente ou o familiar relata: “havia um tio que não era muito bom da cabeça, todos o consideravam meio esquisito, ele quase não saía de casa, falava sozinho, mas nunca se tratou nem nunca foi ao médico”.

As pesquisas mais recentes encontraram não apenas um gene, mas vários genes relacionados à esquizofrenia. Isto quer dizer que ela é uma doença determinada por múltiplos genes, ou seja, tem uma herança *poligenética*. Assim, um indivíduo pode ter 100 % dos genes e outro apenas 10 % e, portanto, cada um terá uma predisposição diferente para a doença. Ela vai determinar, entre outras coisas, a gravidade e a idade de início da esquizofrenia. Podemos supor, então, que quanto maior a predisposição genética, mais cedo seu início e, quanto menor, mais tardiamente ela surgirá ou poderá até mesmo não ocorrer.

Não será o fato de uma pessoa ter os genes para esquizofrenia que determinará o desenvolvimento da doença. Um paciente esquizofrênico, por exemplo, que tem pai e mãe saudáveis, naturalmente herdou deles os genes. Se os pais não são doentes, mas têm os genes, isto quer dizer que possuí-los não significa necessariamente que aquela pessoa adoecerá. Como se dá, então, o desenvolvimento da esquizofrenia?

Para que ela se instale, o outro pilar, dos fatores ambientais, é igualmente necessário. Existe uma interação complexa entre fatores genéticos e ambientais, desde a concepção e vida intrauterina até o final do desenvolvimento cerebral, na adolescência. Os genes ficam “adormecidos” e só são ativados se algum fator externo assim determinar. Depois de “ativados”, os genes provocam alterações no cérebro durante seu desenvolvimento, que deixam o indivíduo sob um risco maior de adoecimento na adolescência e na fase adulta (tabela 3.3).

Estudos genéticos mais recentes (GWAS – *Genome Wide Association Study*) têm constatado que mutações sutis, de baixa penetração, ou seja, que isoladamente causam pouco impacto para o diagnóstico, são responsáveis pela predisposição a doenças como esquizofrenia, transtorno bipolar, autismo, retardo mental e outros transtornos cognitivos, como TDAH (Transtorno de *Deficit* de Atenção e Hiperatividade). Variações de cópias de parte do cromossomo

(CNV – *Copy Number Variation*) ou polimorfismo de nucleotídeo único (SNP – *Single Nucleotide Polymorphism*) podem passar de geração em geração sem causar doença ou, por razões ainda desconhecidas, provocar a doença em indivíduos da mesma família. Novas mutações podem ocorrer em gerações futuras, por exemplo, através de mutações durante o processo de divisão celular, seja na formação de espermatozoides ou de óvulos, que serão transmitidas a seus descendentes, podendo influenciar no adoecimento algumas gerações à frente. Um fator que vem sendo muito estudado é o risco relativamente maior de SNP transmitido pelo pai em idade mais avançada, pois há evidências científicas do aumento do número dessas mutações em espermatozoides de homens mais velhos.

Tabela 3.3 Hipótese causal da esquizofrenia em etapas

Etapas	Descrição
1	O indivíduo possui genes de predisposição à esquizofrenia (herança genética).
2	Insultos ambientais (veja a tabela 3.2) que podem ocorrer em diferentes fases do desenvolvimento, desde a concepção até a adolescência, ativam os genes de predisposição à doença, que passam a interferir nos processos normais de desenvolvimento e maturação do cérebro.
3	O desenvolvimento cerebral pode ser afetado de diferentes formas, mas o resultado final é uma síndrome de desconexão entre neurônios, como se o cérebro possuísse curtos-circuitos e as informações fossem processadas de forma errada.
4	A dificuldade de processamento de informações decorrente da má conexão entre neurônios de diversas áreas cerebrais gera limitações ou dificuldades cognitivas e emocionais, afetando diversos domínios, como atenção, memória, planejamento, capacidade executiva, controle emocional, entre outras, dificultando a assimilação e a integração de diferentes experiências.
5	Os sintomas positivos (delírios, alucinações) e negativos (apatia, desânimo, dificuldade de socialização) seriam consequências dos domínios cognitivos e emocionais comprometidos pela doença.
6	Essa dificuldade cognitiva, de processamento das informações e das experiências, deixa o paciente mais vulnerável ao estresse e à sobrecarga emocional.

3.6 ESQUIZOFRENIA: UMA DOENÇA COM VÁRIAS APRESENTAÇÕES DIFERENTES

Existe uma discussão acerca da esquizofrenia ser uma única doença ou um grupo de várias doenças diferentes. Pela sua grande variabilidade de sintomas e apresentações e pela multiplicidade de fatores envolvidos em sua origem, alguns pesquisadores falam em *espectro esquizofrênico*, no qual estariam inseridos a esquizofrenia, as demais psicoses e o transtorno de personalidade esquizotípico, uma espécie de personalidade pré-esquizofrênica que encontramos em alguns pacientes antes do primeiro surto. Como essa discussão é complexa e não pode ser totalmente respondida por ainda não conhecermos todos os fatores envolvidos na origem e nos mecanismos de adoecimento da esquizofrenia, vamos considerá-la como até então tem sido definida pela maioria dos pesquisadores na área: uma doença única com um leque grande de apresentações.

Desde o início do século passado, quando Kraepelin e Bleuler descreveram a doença, os principais subtipos da esquizofrenia são a esquizofrenia paranoide, a esquizofrenia hebefrênica (e recentemente chamada de desorganizada) e a esquizofrenia catatônica.

A esquizofrenia paranoide tem como características principais os delírios e as alucinações. A palavra *paranoide* vem de paranoia, que significa delírio, principalmente o de perseguição. Mas o subtipo paranoide pode apresentar diversos tipos diferentes de delírios, como o místico-religioso, o de grandiosidade ou megalomaniaco, entre outros. As alucinações podem ser auditivas, visuais, corpóreas (do estado interno do corpo e dos órgãos), táteis, olfativas e gustativas. As mais comuns são as auditivas e visuais. Geralmente o esquizofrênico paranoide tem uma estrutura de pensamento bem organizada, embora suas ideias possam parecer estranhas, bizarras ou ecléticas. Podemos entendê-lo, conseguimos compreender a linha de raciocínio, apesar de o conteúdo ser fantasioso. A afetividade, ou seja, a maneira como transmite suas emoções e seus sentimentos, é mais preservada do que na esquizofrenia hebefrênica, onde as alterações são mais marcantes. O comportamento fica comprometido, pois ele passa a ser influenciado por delírios e alucinações. Essa é a razão pela qual o paciente fica mais acuado, com medo, se tranca ou sai correndo e foge. Ou então fica muito desconfiado, olhando para todos os lados, armando-se para sua própria defesa ou tornando-se agressivo por sentir-se ameaçado. O comportamento pode ser

mais bem entendido levando-se em consideração os sintomas mais subjetivos, mais íntimos, como os delírios e as alucinações. Um paciente pode se vestir de rei, por acreditar ser um monarca, ou de Jesus Cristo, se achar ser Deus. Pode passar o tempo todo de *walkman* ou colocar algodão nos ouvidos na tentativa de não escutar as vozes que lhe assolam a consciência. Outro pode tomar mais de 10 banhos num dia se acreditar estar sujo, contaminado ou cheio de pecados. Enfim, as possibilidades são inúmeras. Muitos familiares querem entender a natureza do comportamento bizarro de seus pacientes e querem buscar rótulos ou justificativas que podem ter motivos diferentes em cada caso. É necessário compreender o que se passa na mente deles se quisermos entender a motivação para cada comportamento que desagrada, pois atitudes e hábitos serão sempre secundários aos processos mais íntimos que se passam na obscuridade da mente de cada um.

O esquizofrênico hebefrênico, ou desorganizado, tem, como o próprio nome sugere, mais sintomas de desorganização psíquica do que paranoia. Para delirar, construir uma trama fantasiosa bem articulada, é necessário uma boa dose de organização. Por isso, esses pacientes apresentam poucos delírios ou um delírio simples. O pensamento fica muito desorganizado, eles falam de uma maneira desconexa, ininteligível, misturam ideias diferentes, falam de diversos temas ao mesmo tempo, fantasiosos ou não, fazem associações esdrúxulas e sem nexo. Algumas vezes é difícil acompanhar seu raciocínio, pois eles podem misturar várias palavras sem sentido, que não se conectam uma a outra e, assim, não se entende o que eles querem dizer. A desorganização que ocorre no pensamento também ocorre na afetividade. Os hebefrênicos têm um aspecto infantil e regredido, tanto na expressão de suas emoções e sentimentos como na mímica facial e nos gestos. Eles apresentam um embotamento das emoções e do afeto e isso dificulta a compreensão de seus sentimentos e reações afetivas. Eles podem reagir com enfado e desinteresse quando se espera deles uma reação positiva, e podem reagir exageradamente e de forma desorganizada diante de um fato considerado bobo. Os movimentos podem ser desengonçados, lentos ou bruscos, deixando-os mais estabaneados e sem jeito para algumas tarefas que requeiram destreza motora. O comportamento refletirá essa desorganização psíquica, com atitudes infantis, desorganização do espaço (p. ex. bagunça), descuido da higiene, da maneira de se vestir e da aparência, colecionamentos de lixo e objetos inusitados e sem valor aparente, dificuldade de comportar-se em ambientes sociais, chamando a atenção e causando constrangimento aos familiares.

Essa subdivisão, em hebefrênico e paranoide, é teórica. Muitos casos têm sintomas de um e do outro subtipo. Portanto, o diagnóstico vai depender da preponderância de sintomas delirante-alucinatórios ou desorganizados em cada caso. Quando essa preponderância não pode ser determinada, diz-se que o paciente tem uma forma indiferenciada da esquizofrenia, ou seja, possui sintomas paranoides e desorganizados em graus semelhantes que não permitem diagnosticá-lo em nenhum dos dois grupos isoladamente. Na prática clínica são muitos os pacientes que se enquadram nessa situação, o que reforça tratar-se de uma mesma doença, apesar das diferentes apresentações sintomatológicas. O DSM-5 (Manual diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria, lançado em 2013) abandonou a subdivisão em hebefrênico e paranoide e considera que, para o diagnóstico de esquizofrenia, o paciente possa apresentar sintomas delirantes, alucinatórios e desorganizados em graus variados, ou mesmo apresentar apenas um dos sintomas (delírio ou alucinação ou pensamento desorganizado) e mais algum sintoma negativo (p. ex. expressão emocional ou vontade diminuídas). O DSM-5 considera a catatonia como uma comorbidade, que pode ou não estar associada à esquizofrenia e que pode ocorrer em outras doenças, como a depressão e o transtorno bipolar.

A catatonia é bem peculiar. O paciente apresenta crises recorrentes em que se torna inteiramente introspectivo, praticamente não fala ou fica completamente mudo, sem responder. Pode não comer, não se movimentar ou ficar extremamente lento, permanecendo numa mesma posição por muito tempo, de olhos abertos, mas sem interagir com as demais pessoas. Uma outra apresentação da catatonia pode ser com agitação do comportamento, movimentos repetitivos, mas mantendo a incapacidade de interação pessoal. Um esquizofrênico catatônico, por exemplo, quando entrava em crise, ficava subindo e descendo as escadas do seu prédio, do décimo andar até a portaria, de uma forma repetitiva e mecânica, sem interagir com ninguém.

Todos esses sintomas descritos nos subtipos esquizofrênicos aparecem de maneira mais pronunciada e evidente na fase aguda da doença. Com o fim da crise, muitos sintomas reduzem e até desaparecem, mas alguns pacientes permanecem com alguns sintomas mesmo na fase crônica da doença. Os paranoides podem permanecer com delírios crônicos, que chamamos de delírios cristalizados, ou ainda com alguma alucinação. Os hebefrênicos podem manter um certo grau de desorganização do pensamento, da afetividade e do comportamento. O catatônico pode permanecer apático e lentificado. Porém, em todos os casos, a

crise significa a exacerbação dos sintomas, um maior desvio do comportamento e das atitudes, um aumento do nível de alerta e do grau de tensão, diminuição da tolerância e um maior desgaste emocional, com consequências danosas para os relacionamentos, inclusive para os familiares.

ACONTECEU NO SITE ENTENDENDO A ESQUIZOFRENIA.COM.BR...

Melhorando a adesão através da terapia cognitivo-comportamental

Um problema comum na esquizofrenia é a falta de adesão por parte dos pacientes ao tratamento com medicações antipsicóticas. As taxas de não adesão após uma recaída podem variar entre 50 e 80%, bem maior do que em qualquer outro transtorno psiquiátrico. Como lidar com esse problema tem sido motivo de muita preocupação e um grande desafio para os médicos e familiares de pacientes.

Não adesão ocorre também em outras doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, mas o que existe de peculiar na esquizofrenia é que nestas doenças você não precisa lidar com a resistência ao diagnóstico. Uma pessoa diabética entende, na maior parte dos casos, que precisa tomar medicamentos para baixar a glicose e que, se não o fizer, terá sérias consequências para a sua saúde. Uma pessoa com esquizofrenia que não acredita estar doente reluta em aceitar o tratamento por não ver nenhum sentido nisso.

Estudos psicoeducacionais (que ensinam sobre a doença) mostram que quando familiares compreendem melhor os sintomas e a natureza da esquizofrenia, a adesão ao tratamento por parte do paciente melhora muito devido à atitude positiva de toda a família. Porém, a psicoeducação quando aplicada diretamente ao paciente não mostrou eficácia semelhante.

Mesmo assim, alguns pacientes que negam a doença continuam tomando a medicação. Um aspecto importante, e que aumenta a adesão, é quando o paciente percebe do seu ponto de vista que o remédio pode ajudá-lo a se sentir melhor, especialmente quando ele encontra uma forte motivação própria. Um exemplo é quando o paciente não aceita tomar o remédio por causa da esquizofrenia, mas o faz por perceber que ele o ajuda a dormir e a ficar menos ansioso.

Outro fator que ajuda na adesão são os relacionamentos. Existem estudos que comprovam maior adesão entre pacientes casados do que entre solteiros. O paciente pode tomar a medicação porque gosta ou confia no médico ou por sua relação com algum membro da família.

Um tratamento que tem-se mostrado eficaz como complemento à medicação na esquizofrenia é a terapia cognitiva comportamental (TCC). Pacientes que aderem à medicação, mas que mantêm sintomas persistentes, podem se beneficiar da TCC, com redução dos sintomas, prevenção de recaídas e maior consciência em relação a precisar de tratamento (e não necessariamente de ser portador de esquizofrenia).

A TCC aplicada à esquizofrenia é diferente da técnica utilizada na depressão ou na ansiedade. Ela não deve insistir no modelo médico e precisa centrar no paciente, partindo daquilo que mais o incomoda, para formular um plano de tratamento. Nesta abordagem, um dos objetivos é mostrar ao paciente como a medicação pode ajudá-lo em seus projetos ou no alívio daquilo que o incomoda. Não se trata de explicar como medicações funcionam ou impor a ele a ideia de que ela é imprescindível. É preciso que o paciente compreenda a importância da medicação dentro de sua própria perspectiva.

O que estudos mostram é que quando se tenta impor um tratamento contra a vontade, sem dialogar com o paciente, ele tende ao fracasso ou abandono após algumas semanas ou meses. A TCC pode ser útil nesses casos, em que o paciente rejeita o fato de ter esquizofrenia, não gosta do rótulo de doença mental e não aceita uma abordagem psicoeducativa centrada no modelo médico, mas deseja conversar com alguém para aliviar seu sofrimento.

A TCC é uma técnica mais recente, diferente da psicanálise e outras técnicas psicodinâmicas. Ainda pouco disponível no serviço público, você a encontra mais em serviços universitários, como as clínicas de psicologia aplicada das faculdades de psicologia.

COM A PALAVRA, O PACIENTE...

Como foi para você o início da doença?

Opinião dos pacientes no fórum da comunidade virtual do site entendendoaesquizofrenia.com.br

@antonio: eu fui descobrir que tinha esquizofrenia bem depois da manifestação do primeiro surto, através de diagnóstico médico. Com a psicoterapia fui identificando coisas na minha vida que me levam a crer que já tinha esquizofrenia desde criança e que somente me faltava o surto para que eu pudesse claramente me ver numa situação que precisava da ajuda de profissionais de saúde mental. No momento do surto é um verdadeiro susto que todos levam, a família, os amigos, colegas de trabalho e o próprio doente. Lembro bem que o surto é como se você fosse uma pessoa que simplesmente deixou de existir, pois, deixa sua mente tão descontrolada que você não tem como planejar ou tentar fazer uma estratégia para fugir dele. É terrível! Eu perdi minha identidade! A única coisa que me salvou foi realmente o tratamento que no meu caso foi à base de internação, onde fui obrigado a tomar os remédios adequadamente e com isso, obrigado a confiar nos médicos, enfermeiras, psicólogas, terapeutas, etc., pois, por mim, não confiaria em ninguém. Por algum instante eu duvidei sobre a existência de uma entidade divina, mas, depois voltei a acreditar, tive fé e com a ajuda da minha família e com a confiança nela, que foi algo de suma importância, consegui me recuperar devagarinho.

@mariana: eu identifico o início da minha doença em 2005, um ano depois que terminei o ensino médio, e depois de ter encerrado o meu primeiro emprego, logo no meu primeiro vestibular no início do ano, consigo agora constatar que os delírios começavam a se manifestar. Fiquei o ano inteiro assim, a situação só se agravando, tinha delírios e alucinações a todo o momento, desde quando acordava até a hora que ia dormir. Achava que havia emanções vindas da TV, das redondezas, mensagens, influências que chegavam a mim, em meus ouvidos, em meu corpo e que queriam me manipular, me conduzir. Até que uma amiga me levou ao psiquiatra, com um

pouco de astúcia, dizendo que era para levar a minha mãe e não eu, e fui com ela. O médico deu o diagnóstico de esquizofrenia, rebati ele dizendo que não tinha nada, que só precisava de uma vida com maior qualidade, mas como ele era médico e tinha autoridade, conhecimento e crédito, obedeci. Cheguei em casa e falei comigo mesmo “se eu tenho essa doença, eu vou vencer essa doença”. Depois da medicação tudo ficou quieto, os delírios e principalmente as alucinações ficaram em silêncio, coisa que eu não ficava há muito tempo. Com isso aceitei a doença, voltei a estudar e convivo com ela há 6 anos. Entre começos e interrupções, entre estabilidade e recaídas, estou encontrando o meu caminho, para conseguir o equilíbrio e ter uma constância segura e atingir meus objetivos que acredito estarem bem próximos.

@lucas: para mim foi normal aceitar, eu tinha muitas alucinações e mal conseguia falar, tomava doses cavalares de antipsicóticos, nem percebi o que estava fazendo. Hoje não tem como não aceitar, para mim é mais uma pedra no caminho, como tantos outros problemas que existem na vida de qualquer família. Eu não liguei, só tentava manter nas doses de remédio para tentar viver um pouco.

@smigol200: eu fui diagnosticada como esquizofrênica paranoide em 2009, quando tive meu primeiro surto, eu ouvia vozes, vinham imagens ruins na minha cabeça sobre mim e sobre meus pais, achava que ia acontecer algo ruim a eles, eu sentia que era perseguida pelas pessoas e se elas falavam entre elas e riam eu tinha certeza que estavam falando de mim, era uma sensação muito ruim, além de ter uns tremores, tiques e inquietação e algumas manias e ações repetitivas. Mas antes eu já apresentava comportamento estranho, na infância e adolescência sempre fui uma menina calada, tímida, introspectiva, não tinha amigos, me isolava quando ficava sob estresse, não ia a reuniões familiares nem festas, nem saía muito de casa, tinha gosto estranho por bruxaria, horror e não tinha vontade de fazer nada, só de dormir. Eu chorava bastante e tinha pensamentos suicidas o que foi confundido com depressão. Sofri *bullying* na escola o que intensificou meu problema. Tinha péssimo rendimento escolar, em casa era um pouco

agressiva com meus familiares. Meus pais não sabiam muito bem o que fazer comigo e eu tinha um relacionamento hostil com a minha irmã, brigávamos muito. Em 2005 meus pais vendo que eu estava sofrendo procuraram um médico, que deu o diagnóstico de depressão, só mais tarde, procuramos outra médica que deu o diagnóstico de esquizofrenia.

DEPOIMENTO: QUANDO O AMOR VENCE A DOENÇA

Olá, eu sou Tânia. Conheci Wilson, meu esposo, em um passeio para jovens que foi realizado em 2005 em um sítio, pela Igreja Batista, da qual éramos membros. Uma amiga apresentou-me ele. Conversamos muito e percebi que ele tinha um bom conhecimento da bíblia. Tínhamos muitas coisas em comum, inclusive o fato de que ele trabalhou na mesma empresa multinacional que o meu pai. Depois ele me contou como adoeceu e que era portador de esquizofrenia, porém eu não tinha noção da dimensão da doença, pois se ele não contasse, não dava para perceber.

Namoramos durante 9 meses e nos casamos em 2006. Após o casamento notei que ele fazia uso contínuo de algumas medicações. Durante o namoro e o noivado ele me contou sobre o estresse que sofreu na empresa onde trabalhava e sobre as duas internações que teve, porém eu nunca ouvi a história segundo a visão dos familiares dele, que ele ficou bastante abalado, perdeu o emprego e até alguns amigos. Quando eu o conheci, ele era, e ainda é, uma pessoa brilhante, inteligente, educado, dava aula na escola bíblica da igreja, era bom em português e matemática.

Tanto eu quanto ele desconhecíamos sobre como lidar com a doença em momentos de crise, por isso nosso casamento passou por algumas dificuldades. Tivemos problemas com o pedreiro que contratamos e isso o afetou bastante, pois ele que administrava. O pai dele o influenciava para ele tomar uma decisão e eu discordava. Acabou o dinheiro e o pedreiro não fez o que tinha acordado. Sobraram muitas acusações em relação a quem

estava certo na administração do problema. Ele fazia uso de 50 mg de Contril e 2 mg de Ansiolax¹ e começou a fazer terapia logo que nos casamos. Ele conseguiu aposentadoria por invalidez um mês após o início do namoro, em setembro de 2005.

Até o mês de maio de 2008 tínhamos passado por vários desentendimentos, coisas de casal, como influência de familiares e falta de adaptação a uma vida a dois. Foi nesse mês que eu me dei conta da extensão da doença, pois ele estava fazendo faculdade de teologia e foi influenciado por um médico a abandonar as medicações e, ainda por cima, resolveu assumir a avó em nossa casa. Uma senhora de 91 anos, mãe de seu pai, que estava acamada dependendo por completo de todos. Ela ficava gritando o tempo todo e não deixava ninguém dormir. Os familiares dele achavam que a culpa era minha por permitir que ele assumisse a senhora que ficava com a tia dele, mas eu não tinha noção das limitações do Wilson. O humor dele ficou alterado, pois, além de abandonar as medicações, estava passando por um momento de estresse muito grande. Fui para casa dos meus pais e ele ficou com o pai cuidando da avó. Aí é que eu notei que tinha certas situações que o Wilson não podia enfrentar, mas eu ainda queria continuar casada com ele, só que eu teria que mudar algumas coisas, tomar algumas decisões. A primeira era eu não voltar a morar na casa que tínhamos construído e sonhado, pois eu achava que lá ele sofria influência demais de seus familiares (pai, mãe e irmãs). Ficamos morando em uma casa cedida por minha tia, no quintal de meus familiares. Aí começou a influência do outro lado.

Antes disso ele sofreu pequenas internações em um PAM perto de nossa casa. Em uma dessas internações eu fiquei apavorada, pois presenciei ele em surto pela primeira vez. Ele foi levado em uma ambulância do SAMU, todo amarrado. Daí em diante comecei a lutar para acertar a medicação, porém não tive muito apoio e foi aí que tive que sair de casa e ir morar com meus pais. A minha família e a dele queriam que nos divorciássemos, mas não era o que nós queríamos. Ele veio morar comigo na casa cedida, porém ainda não estava usando com frequência a medicação.

1 Os nomes dos medicamentos foram substituídos por nomes fictícios para não estimular a automedicação ou influenciar no tratamento com base em experiências pessoais.

Comecei a convencê-lo a procurar um profissional que pudesse mudar a situação e fizesse com que ele conhecesse melhor a sua doença e eu também. Marquei uma consulta em uma clínica particular e achei que teríamos que procurar alguém que conhecesse melhor a doença. A médica começou a modificar as medicações e, até acertar, ele passou por duas internações nessa mesma clínica. Eu estava sempre com ele, ia visitá-lo todos os dias e conversava com os médicos. Ele continuou experimentando novos medicamentos até que foi testada a Avoludina. Ele começou com uma dosagem muito pequena e ficou vulnerável, foi quando ele saiu de casa e ficou desaparecido por 3 dias. Eu achei que tinha falhado e a culpa era minha. Conseguimos localizá-lo no hospital Pinel, em Botafogo, Rio de Janeiro.

Em uma noite de 2010 eu entrei na *internet* e descobri o *site* entendendoesquizofrenia.com.br, contei tudo que estava acontecendo com ele e comigo e comprei o livro Entendendo a Esquizofrenia para melhor entender a doença. Inscrevi-me em um curso que estava sendo disponibilizado para familiares e portadores de transtornos mentais graves. Na primeira entrevista eu tinha que levar o Wilson. Conversei com ele e ele topou. Começamos a fazer parte de um grupo no Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Pensei que seria complicado ele participar sem os familiares, pois só íamos eu e ele. A partir daí demos início a um novo caminho para o nosso casamento.

Foram ajustadas as medicações pela doutora que iniciou o uso de Avoludina. Começamos a ter conhecimento sobre a doença e isso fez toda a diferença. Ele sofreu mais uma internação, mas dessa vez foi diferente, ele foi convencido a se internar e concordou. Essa internação foi para ajustar a dosagem da medicação. Começamos a dar prioridade para nossa vida, viajamos nas férias, vamos sempre a cinema, teatro, museus. Hoje ele tem muitos projetos, uns eu apoio, outros não. Eu confesso que depois do tratamento, terapia e ajuste da medicação adequada tudo parece mais fácil de lidar. Isso foi possível porque foi motivado por um sentimento muito maior que a doença, estigmas e dificuldades, esse sentimento se chama AMOR.

Hoje ele toma 700 mg de Avoludina e 1 mg de Ansiolax, aprende inglês e espanhol e voltou a dar aulas na igreja. Não é o fim da nossa história, mas eu espero que possa ser o início de muitas outras por aí.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

1) Como convencer o paciente que recusa tratamento a se tratar?

Antes de tudo é preciso compreender que a falta de crítica da doença é um sintoma comum da esquizofrenia. O paciente não age dessa forma porque quer atingir alguém da família ou porque quer piorar a situação. Muitos familiares, não sabendo como agir, tornam-se hostis ou agressivos e tentam impor o tratamento, alegando que a pessoa está doente, que tudo aquilo que ela diz, como as suas fantasias e as alucinações, não passa de “coisa da sua cabeça”. Procure se colocar no lugar do paciente: imagine que você presenciou um fato na sua família que de tão absurdo ninguém vai acreditar. Você tenta falar disso com as pessoas, mas ninguém lhe dá ouvidos. Você se vê na difícil missão de convencê-los de que aquilo ocorreu, mas as pessoas dizem que você está mentindo, que se enganou, que nada daquilo ocorreu, que você deve ter sonhado ou que está inventando tudo para tirar algum proveito próprio. Como você se sentiria? Desacreditado, desmoralizado, ofendido, sozinho? Pois é assim que um paciente se sente quando alguém lhe diz que tudo aquilo que sente não passa de “coisa da sua cabeça”. No capítulo 4 abordaremos os sintomas positivos e você compreenderá melhor porque delírios e alucinações, como ter mania de que está sendo perseguido e ouvir vozes, têm para o paciente o peso de algo real.

Diante da intransigência da família em aceitar que o que o paciente está vivenciando é real e muitas vezes das tentativas de convencê-lo de estar doente, ele se volta contra seus familiares. Ele se sente sozinho, mais vulnerável do que já se sentia antes. Descrente, ele pode não falar mais do que o aflige, pode achar que sua família está sendo influenciada por seus perseguidores ou que viraram impostores, cúmplices de toda a trama ao seu redor. Esta atitude da família pode piorar a desconfiança e forçar o paciente a assumir uma atitude mais defensiva, na qual pode se tornar também mais agressivo.

O recomendável é que os familiares procurem, antes de fazer qualquer comentário, escutar o que o paciente tem a dizer, evitando fazer de antemão qualquer juízo de valor. Uma atitude de acolhimento e de proteção, de que o paciente pode contar com sua família e de que nela ele se encontra seguro, é essencial para a construção da ideia de aceitar ajuda e tratamento. O familiar não deve entrar no embate com o paciente, tentar demovê-lo de seus pensamentos ou mentir, dizendo que o que diz está de fato acontecendo e que tomará providências para que cesse. Na falta de saber o que dizer,

simplesmente ouça ou diga apenas que está ali para escutar e ajudá-lo. Evite falar demais ou dar opiniões sem ser solicitado. Se perguntado diretamente se ouve ou vê as mesmas coisas que ele, fale que respeita o que ele está vivenciando, mesmo que não consiga ter a mesma percepção, e que está ali para protegê-lo. É fundamental criar um ambiente favorável ao diálogo, para que o paciente possa também ouvi-lo.

A introdução ao tratamento não é algo fácil. Esta apresentação também não pode ser feita sob a alegação de que o tratamento será uma maneira de afastá-lo de seus delírios e alucinações. Lembre-se que, para o paciente, esses sintomas são legítimos e intocáveis. Ele não vai compreender, desta forma, que o tratamento vai ajudá-lo, pelo contrário, pode achar que seja uma armadilha, que vão dopá-lo, interná-lo e, assim, tornar-se presa fácil para seus perseguidores. O preconceito e o imaginário popular que se têm sobre tratamentos psiquiátricos são os mesmos como para qualquer outra pessoa e a ideia de submetê-lo a isso pode ser tão aterrorizante quanto para qualquer um.

Os pacientes são muito sensíveis aos prejuízos sociais e funcionais que o estado de saúde deles traz. Não conseguir trabalhar ou estudar, isolar-se das pessoas, não dormir ou descansar são abordagens para as quais o paciente tem menos resistência. Um paciente pode se negar a fazer um tratamento sob a justificativa de ser para seus delírios e alucinações, mas pode aceitar se compreender que com o tratamento ele pode conseguir retomar sua vida e seus relacionamentos. E esse é realmente o objetivo. Muitos pacientes retomam suas atividades apesar dos delírios e alucinações, enquanto outros, mesmo com remissão dos sintomas, podem não conseguir se recuperar. A remissão dos sintomas ajuda, mas não é condição *sine qua non* para a recuperação da esquizofrenia e também não garante a retomada da vida. Esse é um processo de crescimento e amadurecimento individual, de saber lidar com seus sintomas e com o seu ambiente, de conhecer suas limitações e saber se posicionar perante elas e à vida. John Nash, prêmio Nobel de Economia e que sofre de esquizofrenia, bem retratado no filme vencedor do Oscar *Mente Brilhante*, recuperou-se e voltou a lecionar na faculdade, mas conta que nunca deixou de ver seus perseguidores, apenas não lhes dava importância, aprendeu uma forma de ignorá-los e assim eles deixaram de interferir em sua vida. Elyn Saks aprendeu a identificar seus pensamentos psicóticos e, quando eles voltam, ela simplesmente pensa: “são apenas meus pensamentos paranoicos me perturbando novamente, não tenho que dar tanta importância”. O tratamento da esquizofrenia deve perseguir esse

desfecho, por isso sua abrangência envolvendo, além das questões médicas, a psicoterapia e a família. Exploraremos melhor este tema no capítulo 6.

2) Meu filho, desde sua infância, demonstrava ser uma criança diferente. Meu marido achava que eu estava ficando “maluca”, mas não o via fazendo amizades, brincava o tempo todo sozinho e tinha “um mundo imaginário” muito próprio, com ideias esquisitas. Como saber se uma criança desenvolverá a esquizofrenia mais tarde?

Mesmo que a criança exiba sintomas precoces, como retraimento social, ideias estranhas, hiperatividade, dificuldade de concentração, entre outros, eles não são específicos da esquizofrenia e não podem servir de diagnóstico precoce de que aquela criança desenvolverá a doença.

A presença desses sintomas deve despertar nos pais a necessidade de um acompanhamento, psiquiátrico ou psicoterápico, pois ela revela que aquela criança terá uma dificuldade de desenvolvimento social e escolar maior do que as outras. Nesse acompanhamento será possível observar melhor seu comportamento e a evolução desses sintomas, tratando-os e intervindo precocemente, se necessário, para evitar um primeiro surto.

Quando já existe na família um histórico de esquizofrenia, o temor aumenta. É importante buscar uma avaliação especializada se houver dúvidas por parte dos pais de que aquele comportamento é anormal ou que pode esconder alguma patologia. Entretanto, mesmo na presença de antecedentes familiares, não é possível afirmar seguramente de que aquela criança desenvolverá a doença.

3) É possível prevenir um primeiro surto da doença observando o seu comportamento desde a infância? Qual a importância de se prevenir o primeiro surto?

Essa pergunta está relacionada à anterior. Se a criança estiver em acompanhamento psiquiátrico e os sinais e sintomas de um primeiro surto (principalmente os sintomas positivos) forem notados pelo médico, será possível adotar medidas terapêuticas que previnam a crise, como iniciar uma medicação antipsicótica. Contudo, se a criança ou o adolescente não estiverem em acompanhamento (como ocorre na maioria dos casos), dificilmente os sintomas iniciais de uma crise serão notados pela família, reduzindo as chances de prevenção.

Esse tema divide a opinião dos especialistas, mas muito tem-se estudado para prevenir um primeiro surto. Essas pesquisas são reunidas sob o título de *intervenção precoce* e inúmeros são os trabalhos que abordam o assunto. Os autores argumentam que prevenir um primeiro surto ou retardar uma primeira crise seria interessante para evitar os prejuízos que ela traria para a vida da pessoa, como desgastes sociais, laborativos e familiares. No caso de um adolescente que poderia ter um primeiro surto aos 13 anos, retardá-lo para depois dos 20 ou 30 anos permitiria que ele concluísse os estudos e amadurecesse sua personalidade, melhorando suas chances de recuperação mesmo que a doença surgisse mais tardiamente, ou seja, que não fosse possível evitá-la. Outro benefício seria o início precoce do tratamento, já que o início tardio tem sido associado a um pior prognóstico e a um curso mais grave.

O risco dessas intervenções, entretanto, seria errar no diagnóstico e submeter um indivíduo sadio a um tratamento antipsicótico desnecessariamente. Como os sintomas precoces da esquizofrenia são pouco específicos, isso não seria tão difícil de acontecer.

Os pesquisadores procuram, então, por sintomas mais específicos e por critérios mais precisos para um diagnóstico precoce, evitando assim o erro diagnóstico, sem, contudo, abrir mão dos benefícios que uma intervenção precoce poderia trazer.

4) É possível prevenir a esquizofrenia?

Infelizmente, não sabemos como prevenir a esquizofrenia. Em primeiro lugar, porque não conhecemos todos os fatores que levam ao adoecimento e não conhecemos todos os genes envolvidos. Em segundo lugar, porque muitos insultos ambientais não podem ser controlados. Como evitar uma gripe no segundo trimestre de gestação? Como evitar complicações do parto, traumas e perdas familiares na infância? Em terceiro lugar, porque esses fatores não são isoladamente determinantes para a causa da doença. A maioria dos filhos de mulheres que ficaram gripadas na gestação ou a maioria dos bebês com complicações do parto não desenvolve a esquizofrenia posteriormente. É necessário, como frisamos, a presença da predisposição genética. Outrossim, vemos adultos com predisposição genética, história de fatores de risco ambientais e *deficits* cognitivos semelhantes aos pacientes com esquizofrenia, mas que nunca desenvolveram a doença, como é o caso de alguns pais e irmãos de pacientes esquizofrênicos.

A impressão é que, para o adoecimento, é necessária uma determinada combinação de fatores genéticos, biológicos e ambientais, que no tempo certo causarão alterações no desenvolvimento do cérebro e de suas funções psíquicas, que, por sua vez, levarão ao desencadeamento da esquizofrenia na adolescência ou idade adulta. Aqueles com uma combinação pela metade, tanto por não possuírem todos os fatores, como por não terem tido a coincidência temporal entre eles, podem não desenvolver a doença, mas podem apresentar algumas de suas características que não são suficientes para um diagnóstico e que não causam grande impacto social.

Então vocês devem estar se perguntando: se é difícil ter esquizofrenia, por que logo nossos filhos foram acometidos pela doença? Pelo mesmo motivo que seu irmão ou seu filho, de quem se poderia esperar um risco maior, não a desenvolveram. Porque apesar dos genes de predisposição presentes, as conjunturas biológicas e ambientais não foram as mesmas. Essa complexa interação entre os fatores certamente tem correlação com o fato de a incidência da doença permanecer em 1 % ao longo de sua história. Da mesma maneira, podemos entender a discrepância na concordância para esquizofrenia entre irmãos, quando se esperaria uma concordância muito maior do que de fato verificamos.

5) Como devemos melhor intervir na relação médico–paciente ao perceber que o paciente camufla seus sintomas, como comportamentos agressivos e delirantes?

A relação médico–paciente é sagrada e deve ser respeitada para que a relação de confiança entre o paciente e seu médico não seja quebrada. Entretanto, muitos pacientes omitem ou se esquecem de comentar determinados sintomas ou episódios relacionados à sua doença. Alguns familiares interpretam isso como intencional por parte do paciente, mas, embora algumas vezes isso possa ser proposital, para evitar um aumento da medicação, por exemplo, em outros casos é por esquecimento ou porque o paciente não avaliou ser aquela informação importante e pertinente para o seu tratamento.

O familiar deve evitar formar logo um juízo de valor e perguntar antes ao paciente porque não comentou determinado episódio ou sintoma com seu médico. No caso de perceber que o paciente está omitindo propositalmente as informações do médico e julgando serem importantes para o tratamento, você deve solicitar ao paciente uma consulta com o médico para falar a respeito.

6) A esquizofrenia pode ter início com uma síndrome do pânico ou com desmaios sem uma causa médica aparente?

Sim. Os sintomas precoces da esquizofrenia podem ser de origem ansiosa e mimetizar uma síndrome do pânico, com ataques de pânico sucessivos, ou levar a desmaios sem causa neurológica. Como esses sintomas podem estar presentes em outros transtornos, como o Transtorno de Pânico e o Transtorno Conversivo, outros sintomas precoces e a história do paciente devem nortear um diagnóstico diferencial entre esses transtornos e a esquizofrenia, cabendo ao psiquiatra o diagnóstico final.

7) Como o familiar deve agir na presença dos sinais precoces de esquizofrenia, se ele não tiver conhecimento de que se trata de uma doença mental?

Ele deve procurar orientação médica, através de seu médico de família ou um clínico de confiança, que poderá indicar uma avaliação psiquiátrica. Mesmo que o familiar decida levar o paciente a um psicólogo, deve solicitar uma avaliação médica para descartar algum transtorno psiquiátrico.

8) Quando o paciente esquizofrênico está envelhecendo é necessário um olhar especial?

O envelhecimento não trará necessariamente novos sintomas cognitivos além daqueles causados pela esquizofrenia, pois ela não é uma doença neurodegenerativa, como o Mal de Alzheimer. Porém, alguns casos podem desenvolver prejuízos progressivos das habilidades intelectuais e de memória, sendo necessário investigar se um possível processo demencial está em curso. É importante observar se o paciente próximo aos sessenta anos está agindo funcionalmente em sua vida da mesma forma que antes. Sabemos o quanto este julgamento é difícil no caso da esquizofrenia, em que sintomas negativos e cognitivos da doença podem dificultar este discernimento.

Entretanto, quando um paciente esquizofrênico sofre de uma doença neurodegenerativa, como o Mal de Alzheimer, ele perde progressivamente algumas funções e capacidades. Ele pode não conseguir executar suas atividades da vida diária, como ir ao mercado, ao banco, vestir-se ou cuidar de seus objetos e de sua higiene como antes fazia, esquece-se de eventos recentes de sua vida ou se desinteressa por atividades de que antes gostava (p. ex. ler o jornal, assistir à TV, acompanhar o campeonato de futebol) e não consegue mais resolver

problemas simples (confunde-se em operações matemáticas, não compreende o que lê ou comandos que são solicitados a ele, tem dificuldade para escrever ou se expressar).

A memória recente fica mais comprometida, com lapsos e apagões, como se o paciente não tivesse vivenciado aquela situação. É diferente da esquizofrenia, em que a maior dificuldade de memória está em lembrar ativamente dos fatos de sua vida (evocação espontânea), sem esquecimento completo, tanto que esquizofrênicos se beneficiam de pistas para lembrar dos episódios. Na doença de Alzheimer, o paciente pode almoçar e se esquecer logo em seguida que o fez, pode se desorientar em relação ao dia e ao lugar, ficar mais confuso mentalmente, esquecer-se de nomes de objetos ou de pessoas conhecidas.

Deve-se observar, portanto, se esses sintomas passam a ser predominantes na vida do paciente e se há queda adicional no seu funcionamento cotidiano e na sua capacidade de autogerenciamento, ainda que algumas funções possam ser acometidas em algum grau pela esquizofrenia. Cabe ao familiar ou cuidador alertar o psiquiatra sobre esses sintomas, uma vez que o tratamento é diferente daquele habitualmente prescrito para o controle de sua doença. O olhar do geriatra ou de um clínico geral também é importante, pois nesta fase surgem outras doenças médicas que podem precisar de acompanhamento.

CAPÍTULO 4



Os Sintomas Positivos e do Comportamento

Pesquisadores procuraram, ao longo do último século, identificar que sintomas se agrupavam mais frequentemente nos pacientes. A classificação da esquizofrenia em subtipos – paranoide, hebefrênica (ou desorganizada) e catatônica – foi uma das primeiras tentativas de reunir os pacientes com algumas semelhanças clínicas. Mas foi a proposta de divisão entre *sintomas positivos e negativos* que ganhou maior aceitação da comunidade científica. Essa classificação pretendia criar dois grandes grupos de sintomas esquizofrênicos, independente das demais classificações. Os sintomas positivos representam aqueles que o paciente tem a mais do que a população, ou seja, têm *qualidade de adição*, como os delírios e as alucinações, considerados incomuns na população. Já os sintomas negativos são aqueles que o paciente tem a menos do que a população, como se dele fossem retiradas algumas características vitais, como o ânimo, o interesse, a capacidade de socialização e a expressão das emoções e afetos. Portanto, o isolamento social, o desinteresse, o desânimo e a dificuldade em expressar seus afetos, características comuns na esquizofrenia, são considerados sintomas negativos.

Independente do subtipo da esquizofrenia, os sintomas positivos e negativos se misturam em graus variados, contribuindo para a diversidade clínica dessa doença. Enquanto os paranoides têm mais sintomas positivos do que negativos, os hebefrênicos e catatônicos têm mais sintomas negativos.

Do ponto de vista da família, os sintomas positivos (delírios e alucinações) são aqueles reconhecidos como doença e que facilitam o diagnóstico. Os sintomas negativos são confundidos com preguiça, pouca força de vontade, acomodação e dependência. Porém, para os pesquisadores, os sintomas negativos são justamente aqueles considerados essenciais para o diagnóstico da esquizofrenia. Enquanto se vê delírios e alucinações em outras doenças, como no distúrbio bipolar (ou a antiga psicose maníaco-depressiva) e na depressão psicótica, os sintomas negativos raramente ocorrem em outros transtornos psiquiátricos.

4.1 O DELÍRIO

O delírio pode ser definido como uma crença central fantasiosa, capaz de interferir no comportamento, nas atitudes, nas relações e na forma da pessoa avaliar e julgar a realidade. Os delírios também são chamados de ideias ou pensamentos delirantes, constituindo uma alteração de conteúdo dos pensamentos. A forma, ou seja, a maneira como a pessoa articula ou organiza suas ideias não

precisa estar afetada para que o delírio ocorra. Um paciente pode delirar dentro de uma lógica, i.é, as ideias parecem ter sentido, são compreensíveis, apesar de parecerem absurdas e irreais.

Dom Quixote de la Mancha é o personagem da literatura mundial, imortalizado pelo seu criador Miguel de Cervantes (1605), que melhor exemplifica o que é o delírio. Um nobre que enlouqueceu lendo os romances de cavalaria e que sai em uma aventura com seu fiel escudeiro Sancho Pança, e luta contra moinhos de vento acreditando serem gigantes malfeitores. A crença em seus ideais o moveu nessa aventura que mistura suas fantasias com a realidade, onde Dom Quixote vive concretamente seus sonhos como a única alternativa de enxergar o mundo, sendo Sancho Pança o fiel da balança que os mantém em contato com o mundo real. Essa dificuldade em distinguir a fantasia da realidade, tão bem reproduzida no livro de Cervantes, a ponto de deixar o leitor em dúvida quando se trata de sonho ou realidade, é a característica fundamental do delírio. Somente por essa certeza absoluta ou pela convicção é que o delírio é capaz de impulsionar o comportamento, as atitudes, as motivações, dominar o cotidiano, distorcer a realidade e interferir na capacidade de julgamento das pessoas. Diferentemente da ficção de Cervantes, onde Dom Quixote parece vivenciar seus sonhos com alegria e paixão, o delírio na vida real traz sofrimento, ruptura, pavor, medo e pânico para aqueles que dele padecem e para seus familiares, que se sentem impotentes e paralisados. O que queremos frisar é que o delírio não é uma forma adaptativa que a pessoa encontra para existir na sociedade ou para dar sentido às suas angústias ou incertezas perante a vida. O delírio do esquizofrênico é, por definição, uma ideia originada em si mesma, que surge espontaneamente e não é decorrente dos humores, do estado de espírito, de traumas ou experiências de vida da pessoa, e não pode ser explicada ou modificada pela imposição da vontade alheia ou pela lógica.

Muitos familiares nos perguntam o que devem fazer diante de uma pessoa cujo delírio domina sua fala e seu comportamento. A primeira atitude que quase sempre tomam é a de confrontar o delírio com os fatos da realidade, tentando mostrar que tudo não passa de crenças irreais ou fantasias de sua cabeça. Essa tentativa é frustrante em 100 % dos casos e, via de regra, leva ao desgaste familiar e gera grandes conflitos. O paciente não perderá a convicção em suas ideias, ainda que o familiar se esforce muito para desmontá-la logicamente ou com base na realidade. Isso produzirá nele mais desconfiança ou um sentimento de que está desacreditado, sozinho no centro da conspiração que ele próprio criou.

Uma paciente que se achava pecadora e que, por isso, merecia um castigo divino, acreditava que as pessoas na rua estavam encarnadas pelo diabo e a perseguiram, olhavam-na com um olhar penetrante e contaminavam sua alma. Ela saía à rua e entrava em todas as igrejas para se benzer e para pedir perdão a Deus como uma tentativa de se purificar. A família tentou a todo custo demovê-la dessa crença e acabou sendo atingida por seus delírios. A conclusão a que a paciente chegou é que seus familiares também estariam possuídos, motivo pelo qual não acreditavam nela. Tratava-se de impostores encarnados no corpo de seus próprios familiares e que, portanto, ela precisava fugir deles para não ser mais atingida. A paciente de fato fugiu de casa e passou vários dias na rua, sendo levada por bombeiros ao hospital psiquiátrico.

Outra atitude, embora menos frequente do que a primeira, é a de embarcar no delírio. “Já que você não pode vencê-lo, junte-se a ele.” Errado. Outro caso demonstra bem as consequências que legitimar o delírio do paciente pode ter: um paciente achava-se vítima de uma perseguição implacável por um vizinho de seu apartamento, que o monitorava, ouvia seus pensamentos, mandava-lhe ofensas e ameaças. Precisava fazer uma queixa à polícia, já que seus pais não tomavam qualquer providência, alegando que já tinham falado com o vizinho e mandado ele parar e que o próprio teria garantido à família que não voltaria a importuná-los. Após alguma insistência, o pai do rapaz foi à delegacia e combinou previamente com o delegado uma cena na qual ele garantiria providências. Depois, ele levou o paciente à delegacia para prestar a queixa. O delegado garantiu que convocaria o vizinho para colher seu depoimento e que aquilo não voltaria a ocorrer. Como essa medida também não surtiu efeito (porque o delírio não pode ser modificado pelo convencimento), o paciente passou a frequentar diariamente a delegacia de polícia para contar novos fatos e cobrar resultados. Conclusão: o delegado chamou o pai e deu-lhe um sermão, sendo decisivo para que a família tomasse uma providência médica para o caso. Embarcar no delírio do paciente é legitimar as ideias fantasiosas e a consequência quase sempre é estafa e desgaste para os familiares.

Então, como proceder? Primeiro, compreender que para o delírio a primeira solução é médica. A medicação é imprescindível para abrandar a força de convencimento e de manipulação do comportamento que o delírio tem. Em muitos casos, o tratamento médico neutraliza o delírio e o paciente deixa de acreditar e de pensar naquelas ideias. Outras formas de tratamento, como a psicoterapia e a terapia ocupacional, poderão ser complementares, porém

jamais substitutivas à medicação. Entendido isso, o familiar pode começar a posicionar-se de forma sensata e ponderada diante do paciente, à medida que os delírios estiverem sendo tratados pelos medicamentos.

Não confrontar o paciente diretamente ajuda a não aumentar a hostilidade no ambiente familiar, aproxima as pessoas, dá inicialmente uma sensação de proteção e aliança. É muito importante que o paciente se sinta acolhido pela família em seus momentos mais críticos, e a crise psicótica é um momento de extrema vulnerabilidade. O paciente fica com medo, acuado ou então reage agressivamente por ser a única forma que encontra para se defender. Essas atitudes, por mais desgastantes que sejam para o cotidiano, são comportamentos mal-adaptados que o paciente desenvolve em função de seu adoecimento psíquico. A família deve transmitir segurança e proteção, garantindo que nada de mal lhe acontecerá e que ele não está sozinho. O isolamento que a crise provoca pode fazer com que o paciente rompa os laços com sua família e amigos e solitariamente tome uma atitude de risco pessoal grande, como fugir de casa, ou mesmo, pôr fim à sua vida. O suicídio na esquizofrenia é mais frequente nas fases agudas da doença, momento em que os pacientes estão mais impulsivos e podem agir impensadamente ou por obediência às suas crenças delirantes. O apoio ajuda-o a recuperar o autocontrole, fortalece o vínculo familiar e traz uma confiança futura para o período pós-crise.

A aliança familiar em torno do paciente também pode ser fundamental para a adesão ao tratamento. No período mais agudo, a família precisa tomar a iniciativa de levá-lo ao médico e de administrar a medicação. Deve conversar com ele sobre a importância do tratamento para o alívio de alguns sintomas, como ansiedade, angústia, perturbações ou insônia e não precisa insistir na tese de que “os remédios vão demovê-lo dessas crenças absurdas”. Pouco a pouco, à medida que a convicção delirante for se reduzindo e o paciente ficando mais acessível ao diálogo, o familiar pode, então, de maneira sutil e sensata, comparar a “realidade delirante” do paciente com as evidências factuais de que aquilo no que acreditava era uma distorção da própria realidade produzida pela doença. Esse é o caminho para se trabalhar a consciência de doença, tão importante para garantir o tratamento futuro e um maior tempo de estabilidade. Resistências comuns ao tratamento médico, falta de lembrança de tomar os remédios, pouca responsabilidade são frequentes na fase aguda, mas podem melhorar à medida que os sintomas diminuem e o paciente aos poucos se dê conta da realidade.

4.2 TIPOS DE DELÍRIOS

Assim como não há limites para a imaginação e os sonhos, o delírio, sendo um produto do pensamento, tem uma possibilidade infinita de temas. Independente da temática central, seja ela persecutória, mística ou grandiosa, as características fundamentais do delírio são as mesmas. Um mesmo paciente pode ter mais de um tipo de delírio. Por exemplo, no caso de um paciente que acredita ser um messias enviado por Deus (delírio místico) e perseguido pelos infiéis e pecadores (delírio persecutório). A seguir vamos exemplificar os principais tipos.

4.2.1 Delírio de perseguição

O *delírio persecutório* ou *de perseguição* é o mais comum na esquizofrenia, particularmente na esquizofrenia paranoide. Ele é popularmente conhecido como paranoia ou mania de perseguição, e aqueles que dele padecem tem uma crença central de que estão sendo perseguidos, assumindo uma atitude de medo e defesa. Há pacientes que ficam desconfiados de tudo e de todos, olhando para todos os lados como se procurassem alguém que estivesse à espreita. O comportamento daquele que se sente perseguido fica alterado, a atenção fica mais aguçada e ele passa a prestar atenção nos mínimos detalhes, atribuindo significados próprios para fatos corriqueiros do dia a dia. É uma pessoa que atravessa a rua em sua direção ou um carro que avança o sinal, alguém na portaria que interfone para avisar que chegou a encomenda da farmácia, um familiar que depois de muito tempo liga para mandar notícias, uma mudança climática, uma notícia de jornal, enfim, eventos que poderiam ter uma conotação natural ou casual recebem uma importância exagerada e ligada às crenças delirantes do paciente. Isso ocorre devido à capacidade de o delírio mobilizar, a seu serviço, quase todas as funções do psiquismo. A percepção e a interpretação dos fatos, por exemplo, passam a ter um “colorido” delirante, um significado peculiar atribuído quase instantaneamente pelo paciente por força de suas crenças. Isso não ocorre somente nos delírios persecutórios, mas também nos demais tipos, e tem uma relação temática com a crença central. São essas percepções e interpretações que dão liga à trama delirante, que costuram firmemente as diferentes ideias, que transformam o delírio numa rede complexa de convicções e fatos que se entrelaçam, dominam e aprisionam o paciente.

O psiquiatra Karl Jaspers costumava dizer que para cada delírio existiriam tantos outros capazes de reforçá-lo. Era o que ele chamava de *pseudodelírios explicativos*, ou seja, delírios secundários que teriam a função de explicar o delírio primário (crença central) e assim tornar a trama delirante mais fluente e fortalecida.

4.2.2 Delírio de autorreferência

O *delírio de autorreferência* ou, simplesmente, *de referência* também é muito comum na esquizofrenia. Ele decorre da crença de que o paciente está em evidência, sendo o centro das atenções, como se tudo ao seu redor a ele se referisse. O mais comum é o paciente se achar observado na rua, com pessoas estranhas o olhando ou comentando a seu respeito. Ele pode ficar com medo de sair de casa ou então sair disfarçado para que ninguém o identifique. Pode achar que o rádio, a TV, revistas ou jornais trazem notícias ou falam sobre ele, aumentando a sensação de que sua vida foi devassada e que, de alguma maneira, se tornou conhecido das pessoas. O delírio de referência geralmente acompanha outros delírios, como o persecutório, quando o paciente se acha perseguido por todo mundo, por perceber que todos o olham ou o vigiam.

4.2.3 Delírio místico ou religioso

Esse delírio envolve sempre temas religiosos ou místicos. O tema mais frequente em nossa cultura está ligado à Bíblia e às religiões cristãs. Alguns pacientes desenvolvem o hábito de lê-la exaustivamente, muitas vezes de forma concreta e com interpretações literais, fomentando a formação do *delírio religioso*. O comportamento do paciente fica diferente, ele passa a falar de Deus ou a pregar a palavra divina compulsivamente, pode acreditar ser um messias ou um enviado de Cristo, ser um apóstolo ou outro personagem bíblico, e ainda há aqueles que chegam a ponto de acreditar que são o próprio Jesus. Outros pacientes acreditam possuir um poder paranormal ou de vidência, sendo também comum delírios que envolvam as religiões como o espiritismo, a umbanda e o candomblé. A sensação de estar sendo possuído por um espírito ou de que fizeram uma macumba contra ele também é frequente. O delírio religioso tem uma influência importante da cultura e da religião do paciente e costuma ser o tipo de delírio mais difícil de ser investigado, sendo em muitos casos confundidos

dentro da própria religião e recebendo um “tratamento espiritual” antes do tratamento médico. Familiares devem estar atentos para identificar o momento em que a religiosidade excede os limites da normalidade e entra no campo da doença. A observação de como o paciente se comporta fora do ambiente religioso que frequenta é fundamental para esse julgamento.

Um exemplo de como os pacientes podem ler a Bíblia de maneira concreta, levando ao pé da letra o que está escrito ou dando interpretações pessoais influenciadas pelo delírio, são as passagens de Mateus 5:29 (“*Portanto, se o teu olho direito te escandalizar, arranca-o e atira-o para longe de ti, pois te é melhor que se perca um dos teus membros do que seja todo o teu corpo lançado no inferno*”) e Marcos 9:47 (“*Se o teu olho é ocasião de escândalo para você, arranque-o. É melhor você entrar no Reino de Deus com um olho só, do que ter os dois olhos jogados no inferno, onde o seu verme nunca morre e o seu fogo nunca se apaga*”), que foram citadas por pacientes psiquiátricos que tentaram a autoenucleação do olho (extração do próprio olho) como forma de livrar-se dos pecados. Esses casos são extremamente raros, bem como são as automutilações de órgãos genitais, que também foram associadas a delírios religiosos.

4.2.4 Delírio de grandeza

Alguns pacientes desenvolvem *delírios megalomaníacos* ou *de grandeza*, sentindo-se poderosos, melhores do que as outras pessoas, com dons especiais, como o de prever o futuro, influenciar pessoas ou fatos externos, como clima, guerras, catástrofes, ou acreditam ser alguém famoso ou com poder, como um presidente da República ou personagens históricos, como Napoleão, Hitler, entre outros. Esses delírios costumam vir acompanhados de uma atitude de prepotência, arrogância e beligerância, e eles podem se portar como se de fato fossem alguém importante. Dificilmente aceitarão que existe um problema de saúde e contestarão qualquer iniciativa de tratamento, menosprezando a preocupação de seus familiares e desqualificando qualquer opinião que vá de encontro às suas crenças de poder.

Um paciente com delírios de grandeza contestou a opinião de seu médico de que ele precisava de tratamento, alegando que essas opiniões eram mundanas e simplistas, e que não atingiam sua inteligência e suas qualificações sobrenaturais. Como, na sua concepção, estava acima de qualquer condição humana, “acima do bem e do mal” como ele próprio definia, por “ter o conhecimento

até então exclusivo dos deuses”, ele se recusava a discutir com qualquer pessoa que ele julgasse não alcançar o seu nível intelectual e espiritual. Com o tratamento, essa prepotência, a arrogância e a crença central de poder e inteligência sobrenatural foram abrandando e permitindo uma melhor convivência familiar e uma aceitação de seu tratamento médico.

4.2.5 Outros delírios

Existem outros temas de delírios:

- *Delírio de possessão*, quando o paciente acredita estar possuído por um espírito ou encarnado em outro personagem, não reconhecendo seus atos e pensamentos como próprios.
- *Delírio de influência*, quando o paciente acredita ser capaz de influenciar outras pessoas por telepatia ou quando acha ser influenciado por alguém com o dom de comandar de fora do seu corpo o funcionamento de seus órgãos, seus pensamentos, emoções e suas atitudes.
- *Delírio de ciúme*, quando ele acredita estar sendo traído por alguém que ele ama.
- *Delírio erotomaníaco*, quando ele tem a convicção de que alguém está apaixonado por ele e assim se apaixona por outra pessoa que jamais nutriu esse sentimento.
- *Delírio hipocondríaco*, acreditando estar com uma doença grave como o câncer ou a AIDS, entre outras.
- *Delírio de culpa*, pode fazer com que o paciente se culpe pela miséria do mundo, pela fome, pelas catástrofes e guerras, por fatos históricos negativos, como o holocausto, por exemplo, trazendo um intenso sofrimento depressivo.
- *Delírios de negação e de ruína* são mais comuns nos estados depressivos e podem ocorrer na esquizofrenia quando existe um humor deprimido ou, mais raramente, como um delírio central. No delírio de negação, o paciente acredita que seus órgãos estão podres, funcionando mal ou que ele está “morto por dentro”. Um paciente com delírio de ruína pode acreditar que esteja arruinado financeiramente, endividado, isolado, solitário, apesar de todas as evidências apontarem o contrário.

4.3 ALTERAÇÕES DA CONSCIÊNCIA DO EU

Todos nós temos a consciência de sermos uma só pessoa, com identidade, personalidade, ideias e sentimentos próprios, reconhecemos nossos pensamentos e nossos atos, somos sujeitos no pensar e agir. A isso denominamos *consciência do eu* ou *self*. Essa função psíquica é primordial e por isso é formada nos primeiros anos de vida, quando o bebê percebe que existe um limite entre o seu *eu*, seu corpo e o mundo externo. No período de crise, alguns pacientes confundem o que pertence ao seu *eu* e ao seu corpo com o que se deve a fatos e pessoas do mundo externo. Podem acreditar que seus pensamentos são irradiados de sua mente e transmitidos para pessoas estranhas. Têm a sensação de que uma força exterior ou uma outra pessoa comanda seus movimentos, suas atitudes, que inocula pensamentos estranhos, confundindo sua mente e fazendo-os pensar ideias que não são suas. Essa confusão produz comportamentos e atitudes bizarras, que causam perplexidade nos familiares. Um paciente pode cometer um ato repreensível e justificar que não foi ele que o fizera, mas uma força estranha que comandou seu corpo. Num primeiro olhar, isso poderá parecer “desculpa esfarrapada” ou uso da doença para não assumir responsabilidade por seus atos, mas esse comportamento poderá esconder um sintoma relacionado à falta de consciência do eu e dos limites de seu corpo com o mundo ao seu redor.

Essa imprecisão entre o eu corporal e o mundo externo também pode ser atribuída pelo paciente a outras pessoas. Um exemplo disso é o estranho delírio que alguns pacientes desenvolvem em relação aos familiares e pessoas conhecidas e denominado *Síndrome de Capgrass*. Nesse caso, o paciente acredita que seus familiares ou amigos são, na verdade, impostores que se apoderaram deles e que agora habitam seus corpos. Apesar da semelhança, recusam-se a aceitar que aquelas pessoas tão familiares são de fato as pessoas que ele conhece. O oposto também pode ocorrer, quando o paciente acredita que pessoas estranhas são seus familiares disfarçados e passam a tratá-las com intimidade, como se fossem seus pais, irmãos ou antigos amigos, conhecido como *Síndrome de Fregolli*. Um paciente afirmou que estava gostando da internação, pois nunca antes tinha sido possível reunir seus familiares distantes num mesmo ambiente, referindo-se aos demais pacientes internados.

4.4 AS ALUCINAÇÕES

Você já parou para questionar a presença de pessoas ou objetos no seu campo visual ou duvidou de uma voz ou uma música que soava em seus ouvidos? Isso até pode ocorrer em situações muito específicas, mas normalmente não paramos para nos perguntar se aquilo que vemos ou ouvimos de fato existe. A percepção sensorial é tão clara que não deixa dúvida quanto à sua existência, naturalmente desde que se tenha os órgãos sensoriais funcionando perfeitamente. Outro aspecto da nossa percepção sensorial é que raramente nos confundimos em relação ao espaço em que elas ocorrem. Se vimos uma pessoa caminhando na praia ou escutamos atentamente uma conversa entre amigos, não duvidamos que essas percepções ocorram no espaço externo ao nosso corpo. Da mesma forma, se sentimos uma cólica abdominal ou somos tomados por uma ideia brilhante ou uma memória saudosa de um evento passado, sabemos que essas sensações fazem parte do nosso corpo e, portanto, são intracorpóreas. Todo o estímulo sensorial é dotado de qualidades que nos permitem identificar sua origem, sua localização no espaço e suas características físicas ou químicas. Por isso seu poder de convencimento e realismo, sem que contestemos sua presença.

Já as ilusões são bem diferentes. Elas carecem dessas propriedades que tornam a percepção sensorial clara e irrefutável. Quem nunca se assustou ao entrar num quarto escuro e ver uma roupa pendurada em um cabide na porta do armário ou na cadeira, acreditando momentaneamente que ali estivesse uma pessoa? Ou durante um banho quente não viu o rosto de uma pessoa desenhado pelo vapor d'água, acreditando, num relance, que alguém estivesse dentro do banheiro? Essas situações exemplificam falsas percepções que, por alguns segundos, causam confusão com percepções verdadeiras, mas que podem ser corrigidas quando observamos mais atentamente as qualidades desses objetos. No caso da roupa pendurada, ao acender a luz qualquer um de nós se sentirá aliviado por certificar-se não haver nenhum estranho no quarto. As ilusões carecem, portanto, de características precisas de localização, origem, forma e clareza do objeto, levando a essas confusões perceptivas, mas que são passíveis de correção.

E as alucinações? Essas são falsas percepções de objetos inexistentes e que possuem as mesmas características das percepções reais. Ou seja, o paciente tem a clara percepção de um objeto (p. ex. uma voz ou uma imagem), sem que ele de fato exista. Diferentemente das ilusões, que podem ser corrigidas, as alucinações não podem ser alteradas pela nossa vontade. Enquanto ilusões são comuns em

nosso dia a dia, alucinações são sempre patológicas, resultado de um funcionamento anormal do cérebro, que cria percepções falsas ou julga erradamente percepções internas (intracorpóreas) como sendo externas (extracorpóreas). Um paciente, por exemplo, pode confundir seus próprios pensamentos com vozes externas e assim acreditar que pessoas estejam falando dele, fenômeno denominado de *sonorização do pensamento*. A sonorização do pensamento é considerada um fenômeno alucinatório próprio dos quadros esquizofrênicos, sendo raramente encontrado em outras doenças psiquiátricas.

As alucinações, assim como os delírios, não são exclusivos da esquizofrenia. Elas podem estar presentes em outros distúrbios psiquiátricos (depressão, transtorno bipolar, alcoolismo) e neurológicos (isquemia ou derrame cerebral, demência, tumores, esclerose múltipla). Mas em todas as situações em que ocorrem, o paciente sofre uma perturbação mental intensa e tem seu comportamento alterado pela força de convencimento dessas falsas experiências.

Costuma-se afirmar que o delírio está para o pensamento assim como a alucinação está para a percepção sensorial, muitas vezes confundindo os delírios com as alucinações. Um paciente com esquizofrenia, por exemplo, pode reforçar sua suspeita de estar sendo vítima de uma perseguição (delírio) por escutar vozes de pessoas estranhas ameaçando-o (alucinações auditivas). Por isso, é difícil responder à pergunta “o paciente se sente perseguido porque escuta vozes ou escuta vozes porque se sente perseguido?” É importante compreendermos que existe uma diferença crucial entre delírio e alucinação. O primeiro é produto do pensamento, das ideias. O segundo é produto da percepção sensorial, dos sentidos. Ambos dividem características em comum, como a irreabilidade e a natureza fantasiosa, o poder absoluto de convencimento, a capacidade de domínio do comportamento e das atitudes, a falta de autocritica por parte do paciente e sua impotência frente a essas experiências. Mas cada um tem seu mecanismo e funcionamento independente, embora possam se sobrepor em vários momentos. Existem pacientes que deliram mais do que alucinam e vice-versa, como há aqueles que têm delírios e não apresentam alucinações e outros que têm alucinações, mas não possuem nenhum delírio estruturado. Essa diferença ocorre em pacientes com esquizofrenia paranoide e hebefrênica.

Como já comentamos, os paranoides têm sintomas positivos mais exuberantes, como delírios e alucinações mais complexos. Já os hebefrênicos não têm esses sintomas muito elaborados, mas podem apresentar alucinações na presença de poucos delírios ou delírios mais pobres. Por exemplo, podem ouvir vozes ou

ver vultos e ter crenças mais vagas, como perseguições ou delírios místicos, sem demonstrar comportamentos e atitudes muito convincentes da presença desses sintomas. Um paciente hebefrênico dizia aos seus familiares ver bichos, como cavalos, elefantes e girafas, acenando para ele e comunicando-se com palavras, mas não sabia explicar o que significava aquilo ou por que tinha essas visões. Seu comportamento também não se afetava muito por essas percepções, permanecendo meio indiferente e distante, numa atitude mais infantil do que assustada. No esquizofrênico paranoide, as alucinações e delírios se entrelaçam, formando uma história mais enredada, com explicações que tornam suas experiências mais convincentes. Ele pode vivenciar seus delírios com uma riqueza alucinatória, quando conta ver seus perseguidores vestidos com uma certa indumentária, em carros pretos, fortemente armados e perseguindo-o pelas ruas da cidade. Ele dificilmente consegue esconder suas experiências por muito tempo, pois suas atitudes logo revelam apreensão e pavor.

Um filme da década de 1970, dirigido por Roman Polanski, chamado *Repulsa ao Sexo*, demonstra bem como as alucinações podem tomar formas complexas. Uma jovem, interpretada pela atriz Catherine Deneuve, desencadeia um surto quando sua irmã, com quem mora, viaja com o namorado. Ela se sente acuada na própria casa, onde vê o teto se rachar, mãos saírem das paredes do corredor e agarrarem seus seios, um homem invadir seu quarto e agarrá-la. Quando sua irmã chega de viagem, encontra a jovem num quadro catatônico, deitada imóvel no chão, debaixo da cama, e a casa completamente bagunçada e inundada com a água que havia transbordado da banheira.

Num outro filme, *Mente Brilhante*, vencedor do Oscar em 2001, o diretor Ron Howard conta a história verídica do matemático John Nash, vencedor do Prêmio Nobel, que tem alucinações visuais e auditivas que dão vida a personagens como um pretenso colega de quarto na faculdade e um agente de espionagem para o qual ele imagina trabalhar. John Nash conversa e se relaciona com suas alucinações como se fossem pessoas reais, incrementando seus delírios persecutórios e de espionagem. O público se dá conta de que essas personagens eram criações da mente de Nash quase no final do filme, quando ele é internado em um hospital psiquiátrico e confrontado com sua própria realidade.

Em ambos os filmes fica claro o poder que a alucinação exerce sobre a pessoa e a capacidade que tem de transformar o seu comportamento e o cotidiano, provocando uma forte desorganização psíquica e a perda da crítica e do juízo da realidade.

4.5 OS TIPOS DE ALUCINAÇÕES

As alucinações, por serem percepções sensoriais falsas, podem ocorrer em qualquer um dos cinco sentidos: audição, visão, olfato, paladar e tato. Acrescentamos um sexto sentido, que seria a percepção do funcionamento interno do corpo, sentido esse que não é consciente ou explícito como os demais, mas que tem um papel importante na percepção do funcionamento do nosso organismo (batimentos cardíacos, funcionamento intestinal, metabolismo, respiração, etc.). A tabela 4.1 lista os principais tipos de alucinações e os exemplos mais comuns na prática clínica.

Tabela 4.1 Os tipos de alucinações de acordo com o sentido

Sentidos	Classificação da alucinação	Exemplos
Audição	Alucinações auditivas	Escuta barulhos estranhos, vozes de pessoas comentando a seu respeito ou ameaçando-o, murmúrios ou vozes cochichando.
Visão	Alucinações visuais	Vê cores ou pontos luminosos, vê pessoas estranhas, bichos, objetos, vultos.
Olfato	Alucinações olfativas	Sente cheiro de podre, de carniça, de urina, de fezes, de perfume, de produtos químicos.
Paladar	Alucinações gustativas	Sente o gosto de estragado, de urina, de fezes, de produtos químicos, de venenos.
Tato	Alucinações táteis	Sente arrepios, queimação, agulhadas, sensações de bichos andando pela pele.
Funcionamento corporal	Alucinações cenestésicas	Sensações bizarras como o intestino se contorcendo, coração explodindo, cérebro derretendo, bichos andando dentro do corpo.

Uma dúvida entre os familiares de esquizofrênicos é como perceber as alucinações. Como esse é um sintoma da percepção, somente o próprio paciente pode revelar se elas de fato acontecem. Existem alguns comportamentos que são motivados pelas alucinações e que podem dar indícios de que estejam acontecendo. Por exemplo, quando eles conversam sozinhos ou ficam mexendo os lábios como se estivessem balbuciando algumas palavras. Alguns pacientes conversam com as vozes que escutam ou com pessoas que só eles veem, podem rir, ter medo ou ficar agressivos sem um motivo aparente, o que pode ser motivado por essas experiências. Eles podem procurar objetos imaginários pela casa, como câmeras de espionagem, gravadores ou microfones, acreditando que essa possa ser a origem das percepções estranhas que estão tendo. Outros utilizam fones de ouvido ligados a *walkman* ou rádios como forma de aliviar as alucinações auditivas ou vedam com algodão seus ouvidos na tentativa de bloquear o som; medidas que podem abrandar momentaneamente o desconforto causado pelas alucinações.

Em geral, o paciente com muitas alucinações se torna desatento, pois fica muito tempo prestando atenção nessas percepções irreais, e pode não responder ou não acompanhar uma conversa entre seus familiares, alienando-se progressivamente do convívio ou isolando-se propositalmente. As alucinações podem ocorrer durante todo o dia e à noite nos períodos de crise, deixando o paciente insone e agitado. Alguns podem olhar para todos os lados ou fixar os olhos em um ponto, como se estivessem vendo algo ou procurando por alguém que esteja falando com eles.

Outra maneira de saber se o paciente está ouvindo ou vendo algo que não somos capazes de perceber é perguntando diretamente a ele se escuta vozes de pessoas que não estão presentes ou se vê algo de estranho. Na maioria das vezes, o paciente responde e o familiar não deve temer perguntar-lhe sobre essas experiências, pois isso abre um espaço para o diálogo e para uma oportunidade de reconfortar e reassegurá-lo de que está protegido e de que pode contar com seu apoio. É importante frisarmos que os delírios e as alucinações contribuem para aumentar a sensação de vulnerabilidade e medo nos pacientes, deixando-os acuados, sozinhos e perdidos, sendo fundamental a participação da família na tranquilização e na oferta de proteção para diminuir a solidão da crise. Isso também fortalecerá os vínculos para um tratamento e o paciente reconhecerá que tem na família um porto seguro. Existem pacientes que entendem isso e passam a contar quando estão assustados e com medo pela recorrência das alucinações, sentindo-se mais amparados e menos isolados.

Outros comportamentos menos comuns podem esconder outros tipos de alucinações, como as gustativas, olfativas e cenestésicas (corporais). Um paciente que sinta cheiros estranhos no ambiente ou em seu corpo, pode colocar algodão nas narinas ou tomar repetidos banhos, usar perfumes ou desodorizadores de ambiente na tentativa de buscar alívio. Outro que sinta gostos estranhos nos alimentos ou na água, pode recusar-se a comer ou a beber líquidos, ou ainda, revelar preocupação de que a comida ou a água estejam envenenadas. Alucinações dos órgãos internos, como as alucinações cenestésicas, podem levar a queixas médicas estranhas, como problemas intestinais, cardíacos ou cerebrais, e provocar idas frequentes a médicos na tentativa de curar um suposto problema de saúde. O paciente pode também se automedicar acreditando que esteja doente. Somatizações, como taquicardia, falta de ar, desmaios e tonteiras também podem ocorrer a partir das alucinações corporais.

Como então deve agir o familiar ao identificar que seu paciente está com alucinações? O mesmo princípio da não contestação serve para as alucinações. Como elas são falsas percepções com características idênticas a uma percepção verdadeira, não adianta insistir em convencer o paciente da natureza patológica desses fenômenos. O correto é reafirmar a confiança que se tem nele, de que se acredita que essas percepções estejam de fato acontecendo, apesar de não ser possível notá-las, e que tudo será feito para protegê-lo. Sempre que o paciente abrir um espaço para ouvir a opinião do familiar, deve-se delicadamente sugerir que essas manifestações possam ceder com o uso dos medicamentos, trabalhando pouco a pouco sua aceitação. Muitas vezes uma opinião divergente, que coloca em dúvida a alucinação, é refutada pelo paciente e pode gerar conflitos e maior agressividade de sua parte. O conflito deve ser sempre evitado, por isso a necessidade de tato e carinho para lidar com essas situações. Com a ação dos medicamentos, a intensidade e frequência das alucinações vão paulatinamente diminuindo e abrindo maior espaço para as opiniões baseadas na realidade.

Algumas alucinações podem ser perigosas. São as *alucinações de comando ou imperativas*. Geralmente são vozes que mandam o paciente fazer algo de mal a ele ou a terceiros. Cortar-se, agredir alguém ou a si próprio, fugir de casa, beber algo, rasgar suas roupas, despir-se e, mais raramente, pular de algum lugar ou cometer o suicídio. É necessário estar atento a esse tipo de alucinação, na maior parte das vezes de origem auditiva, e que o paciente revela indiretamente, quando faz algo de errado e diz ter apenas obedecido a uma voz ou quando afirma não ter sido ele, apesar da certeza de sua autoria. É comum o familiar

irritar-se e achar que o paciente está debochando ou utilizando-se da sua doença para algum proveito. Mas é imprescindível que se tenha calma para conversar e entender o que se passou na sua mente para que aquilo acontecesse. Ele revelará, na maioria das vezes, o motivo que está por trás de um comportamento errado: foi alguém que mandou; foi algo que comandou seu corpo; não foi ele e sim seus seguidores que fizeram aquilo para culpá-lo, etc. Identificar as alucinações de comando é importante e deve servir de alerta para o médico de que aquele paciente tem ouvido vozes que colocam em risco sua integridade ou a de terceiros. Mas para que o familiar tenha acesso a isso é importante que o canal de diálogo com o paciente sobre suas alucinações e delírios esteja aberto e se tenha paciência para ouvi-lo.

4.6 A ORGANIZAÇÃO DO PENSAMENTO E DAS IDEIAS

A forma como os pacientes expressam suas ideias, a organização do seu pensamento, a linha de raciocínio, a coerência do discurso de maneira que se possa entendê-lo, o significado das palavras utilizadas, o emprego adequado das figuras de linguagem, enfim, todos os elementos linguísticos necessários ao bom entendimento entre as pessoas podem estar alterados na esquizofrenia. Por isso é comum, principalmente nos períodos de crise, que o discurso de alguns pacientes se torne tão confuso, despropositado, vago, desconexo ou mesmo ininteligível. É importante que não se confunda a forma de organização do pensamento com os delírios, que são alterações de conteúdo das ideias. Um paciente pode expressar muitas ideias delirantes, mas mantendo um discurso organizado, encadeando bem seus pensamentos, de forma que ele possa ser entendido, apesar do seu conteúdo totalmente fantasioso. Já outro paciente, apesar de poucos delírios, pode falar de forma confusa, empregando mal as palavras, com um discurso sem início, meio e fim, perdendo-se nos seus objetivos e com momentos em que seus pensamentos se tornam incompreensíveis. Desta forma, delírio e organização do pensamento são alterações independentes, embora muitas vezes coexistentes.

O grau de desorganização do pensamento pode atingir níveis variados, comprometendo a comunicação. Alguns apresentam um discurso fluente, bem organizado, com poucas alterações na forma como expressam suas ideias, mantendo uma boa capacidade argumentativa e expositiva. Nesses casos, é possível entender o sentido e a finalidade do discurso, o que não significa concordar nem tampouco compreender a natureza ou origem de suas ideias. Outros têm uma dificuldade na

fluência do pensamento, com pouca iniciativa para falar, respondendo com frases curtas, apresentando um discurso intrincado e fragmentado, sem sustentar um diálogo por muito tempo. A desorganização do pensamento pode provocar em casos mais extremos a interrupção da fala: o paciente fica mudo, não responde, não demonstra nenhuma iniciativa para falar. É o que ocorre, por exemplo, nos quadros catatônicos. Alguns pacientes têm, apesar de uma boa fluência, um discurso repleto de ideias desconectadas entre si, falando sobre temas distintos e sem relação aparente, dando a impressão de uma história confusa, cujo enredo não pode ser facilmente entendido. O exemplo extremo dessa desorganização é quando o paciente junta diversas palavras soltas num mesmo discurso, sem sentido algum para quem o está ouvindo, o que chamamos de *salada de palavras*. Outra alteração comum do pensamento é o uso peculiar de algumas palavras com sentido trocado ou sentido novo. O paciente pode criar palavras novas (*neologismos*) ou empregar palavras conhecidas, mas com um sentido distinto do habitual, o que pode acontecer também com algumas figuras de linguagem.

4.7 O COMPORTAMENTO

Essas alterações muitas vezes são o ponto de partida dos questionamentos dos familiares que convivem com um esquizofrênico. Por que eles são agressivos? Por que eles não gostam de tomar banho? Por que se descuidam da aparência? Por que querem usar sempre a mesma roupa? Por que desenvolvem manias e esquisitices? Por que se isolam? Por que têm medo? Por que se voltam contra aqueles que mais os amam? São inúmeras as perguntas que buscam explicações para uma centena de comportamentos diferentes entre os pacientes.

Em primeiro lugar, é necessário alertar para um risco em que muitos familiares incorrem: o de fazer generalizações. O comportamento é consequência dos principais sintomas da esquizofrenia, como os delírios e alucinações, a desorganização psíquica e do pensamento e os sintomas negativos e cognitivos. Portanto, explicar comportamentos com base em generalizações é ignorar a imensa variedade de sintomas que podem justificar determinados comportamentos. Eles não são universais, comuns a todos os pacientes, não cabendo qualificá-los como específicos da doença. Serão sempre decorrentes de sintomas subjacentes, que não só explicam a natureza do comportamento desviante, como o modulam. Para um melhor entendimento, apresentaremos a seguir alguns comportamentos frequentes na esquizofrenia e possíveis explicações.

4.7.1 Agressividade e impulsividade

Os episódios de violência provocados pela impulsividade e a agressividade física de alguns pacientes deixam marcas indeléveis e muitas vezes os estigmatizam como pessoas violentas e de reações imprevisíveis. Infelizmente, atos de violência ou crimes cometidos por pacientes psiquiátricos têm uma repercussão maior e chocam mais a opinião pública do que os ditos crimes comuns, o que leva às pessoas a imaginarem que a violência está sempre presente nos quadros psiquiátricos. Frequentemente tenta-se explicar um crime bárbaro ou hediondo pelo viés da doença mental, como é o caso dos crimes cometidos por assassinos em série (*serial-killers*) e os crimes passionais.

Um exemplo que se tornou famoso na década de 1960 no Brasil, dando origem ao filme de mesmo nome (em 1968, dirigido por Rogério Sganzerla), foi o “Bandido da Luz Vermelha”. Condenado aos 24 anos de idade a 351 anos de prisão por 88 crimes, entre eles quatro assassinatos (ele estuprava e matava suas vítimas), sete tentativas de homicídio e 77 roubos, o Bandido da Luz Vermelha, após ter ficado preso por 30 anos (o máximo que a lei brasileira permite), foi posto em liberdade e assassinado após uma briga num bar em 1998. Esse caso gerou polêmica e dividiu opiniões de peritos. Alguns o consideravam esquizofrênico, outros julgavam tratar-se de um psicopata.

Psicopatia e esquizofrenia são diagnósticos bem diferentes. Os psicopatas (ou sociopatas) são indivíduos que apresentam desvio do caráter e personalidade antissocial, agem friamente e sem culpa, transgredindo regras sociais e leis, cometendo crimes de qualquer ordem (estelionato, roubos, homicídios) para alcançar seus objetivos. São sedutores, ardilosos e dissimulados. Raramente aceitam tratamento psiquiátrico e, na maioria das vezes, são contidos pela força da lei, representando uma parcela considerável da população carcerária (até 70 % segundo algumas estimativas norte-americanas).

O comportamento agressivo e violento do esquizofrênico limita-se, em geral, à crise psicótica, momento em que o paciente está mais alerta, sentindo-se mais vulnerável, seja pela presença de delírios e alucinações ou por uma maior desorganização psíquica. Apesar disso, muitos pacientes não exibem um comportamento agressivo, mesmo nos momentos mais críticos da doença, ou o fazem em circunstâncias muito peculiares, como quando sentem-se ameaçados ou acuados. Um outro aspecto que pode estar associado a maior agressividade em alguns pacientes é a ocorrência de um humor mais irritadiço, com atitudes

hostis ou beligerantes. Alguns familiares relatam que seus pacientes ficam verbalmente agressivos e ameaçadores no período de crise, mas que raramente partem para a agressão física. Entretanto, se provocados ou desafiados, podem agredir seu oponente.

A impulsividade presente nos pacientes na fase aguda pode precipitar tanto atitudes heteroagressivas (dirigidas a terceiros) como autoagressivas (dirigidas a si próprio). Impulsividade é quando o paciente age sem pensar ou sem medir as consequências de seus atos. Ele pode ferir-se com algum objeto cortante (faca, tesoura, canivete, chave de fenda), pode tentar contra sua vida (ingerir excesso de medicações ou veneno, enforçar-se, precipitar-se de algum lugar alto) ou pode se agredir de outras formas (bater com a cabeça contra a parede, dar socos, bater ou arranhar-se), vindo a se arrepender posteriormente. Da mesma forma, pode oferecer algum perigo aos seus familiares. É importante que se identifique possíveis riscos diante do que o paciente diz ou ameaça e de seu comportamento, antevendo consequências danosas de seus atos e tomando medidas preventivas de segurança, como esconder objetos perfurocortantes (facas de cozinha, ferramentas), medicações, inseticidas ou raticidas, e ficar mais vigilante, oferecendo apoio e proteção a ele. Na maioria dos casos, atos de violência são precedidos por avisos ou comportamentos que anunciam antecipadamente o risco, e isso deve ser discutido com o médico e a equipe que trata do paciente para que medidas terapêuticas também possam ser tomadas.

4.7.2 Asseio corporal e cuidado com a aparência

O descuido com a higiene e a aparência também pode ser estendido à falta de cuidado com a saúde física. É frequente a reclamação dos familiares de que seus pacientes não aceitam o banho, ficam malcheirosos, têm precária higiene bucal, vestem-se de maneira imprópria para o clima ou para a ocasião social, não fazem atividades físicas, alimentam-se mal ou comem alimentos gordurosos em demasia, não aderem a dietas, fumam muito ou ingerem bebidas alcoólicas em excesso, evitam ir a médicos ou recusam-se a fazer exames de rotina. É claro que muitos não apresentam esses problemas e outros têm alguns desses comportamentos somente em períodos de crise. Entretanto, alguns possuem maus hábitos que perduram por toda a doença, atravessando as fases agudas e crônicas.

O motivo por trás desses costumes pode ser bastante variado. O banho, por exemplo, pode ser escasso, mas também pode ser excessivo. Há pacientes que

na fase aguda tomam vários banhos ao dia, “porque precisam purificar sua alma dos pecados” (delírios de culpa), “porque querem livrar-se de germes que andam em sua pele” (alucinações táteis), “porque têm mania de limpeza” (compulsões de limpeza), entre outros motivos. Buscar explicações para esse comportamento é a única forma de compreendê-lo dentro do contexto de cada pessoa. A falta ou recusa do banho pode também ser decorrência de maior desorganização psíquica, de uma atitude geral de desleixo, de sintomas negativos, como a falta de vontade, de sintomas catatônicos (lentificação motora e falta de iniciativa) e de sintomas positivos (p. ex. delírio de que a água está contaminada).

O descuido com o vestuário também pode ter diversas motivações. Alguns pacientes vestem-se de forma extravagante ou bizarra de acordo com seus delírios. Por exemplo, vestem-se como príncipes ou rainhas, como um messias ou um personagem bíblico ou de forma estranha para que não sejam reconhecidos por seus perseguidores. Podem usar roupas quentes para um clima de calor ou poucas roupas para um clima de frio por terem sensações térmicas diferentes.

O descuido com a aparência é frequente, principalmente nos momentos de crise, pois os pacientes não percebem seu estado, tamanha sua preocupação e atenção nos aspectos agudos da doença. Os cabelos ficam despenteados e desgrehados, a pele fica oleosa ou descamativa e as unhas não são cortadas e ficam sujas. O cuidado com a aparência melhora em muitos casos com o tratamento e remissão dos sintomas, mas em alguns permanecem pouca vaidade e preocupação com a autoimagem, por baixa autoestima ou por sintomas negativos proeminentes, como falta de vontade e de ânimo, ou ainda por maior desorganização psíquica.

4.7.3 Inquietação e agitação psicomotora

Esse é um comportamento frequente na esquizofrenia, principalmente nas crises, quando o paciente entra em estado de alerta permanente, ficando insone, com uma percepção aguçada para o que ocorre ao seu redor e reagindo desproporcionalmente aos estímulos. A inquietação começa por uma ansiedade persistente, um estado de angústia subjetiva que extrapola os limites do psiquismo e ganha a esfera corporal, fazendo com que o paciente fique com inquietação motora, como esfregando as mãos uma na outra, muitas vezes com sudorese e tremores de extremidades, balançando as pernas ou andando de um lado para outro sem conseguir ficar muito tempo parado. Essa inquietação pode vir acom-

panhada de impaciência e irritabilidade, deixando o paciente mais hostil, pouco cooperativo e sem a capacidade de controlar seu comportamento. Em casos extremos, a inquietação pode evoluir para uma agitação psicomotora, quando o paciente não consegue mais controlar essa inquietude e passa a agitar-se, quebrando objetos, socando paredes, batendo portas, ferindo-se ou colocando em risco a integridade física de outras pessoas. Um paciente agitado age sempre impulsivamente e pode se tornar violento com alguém despropositadamente ou mesmo sem se dar conta de seus atos. Não raro, pacientes esquecem ou não conseguem se recordar dos seus episódios de descontrole e agitação, não reconhecendo as consequências de suas atitudes ou atribuindo a terceiros os motivos para aquele comportamento. Alguns familiares podem interpretar isso como dissimulação ou uso da doença como álibi para determinados comportamentos reprováveis. Entretanto, os momentos de agitação são acompanhados por alterações cognitivas, como limitação da atenção e da memória, que podem explicar o esquecimento de parte ou de detalhes da agressão.

4.7.4 Comportamento rígido e repetitivo

Alguns pacientes desenvolvem rituais, manias ou são inflexíveis em seu cotidiano. Podem ser mecanicistas em relação aos seus hábitos e rotinas, como alimentação, higiene, lazer e trabalho, criando uma forma peculiar e repetitiva de viver seu dia a dia. Por exemplo, podem limitar-se a alguns tipos de alimentos, não aceitando outros; exigir o cumprimento de horários rígidos para as refeições; adotar determinados cantos ou lugares da casa como seu, não aceitando trocas ou mudanças; usar determinadas roupas e bijuterias como uma marca ou para criar uma identidade própria; não permitir que entrem em seu quarto ou mexam em suas coisas, mesmo que para arrumá-las ou organizá-las, entre outras.

O paciente pode desenvolver algumas “manias”, como de colecionar objetos sem valor (recortes de jornais, revistas, tampinha de refrigerante, palitos de fósforo, etc.) ou mesmo lixo (catar papéis, latas, caixas ou guimbas de cigarro da rua). Ele pode relutar em se livrar desses objetos e guardá-los como algo de valor, ocupando um espaço grande em seu quarto ou armário.

Alguns esquizofrênicos desenvolvem sintomas obsessivo-compulsivos semelhantes ao TOC (transtorno obsessivo-compulsivo), como a mania de limpeza (lavar a mão repetidas vezes, tomar vários banhos ao dia, limpar a casa demasiadamente); a de checagem (checar o fechamento das portas da casa, do

gás); a de simetria (alinhando objetos em desalinho como quadros, tapetes). Eles podem dar uma justificativa obsessiva para esses comportamentos, como, “se não fizer isso algo de trágico acontecerá à minha família”.

A maioria desses comportamentos rígidos e repetitivos ocorre de maneira persistente e duradoura, mas alguns podem se intensificar nos períodos de crise devido a maior desorganização psíquica ou ansiedade.

4.7.5 Tentativa de suicídio

O suicídio é a maior fatalidade que pode ocorrer na esquizofrenia e o risco é o maior que existe dentre todos os demais diagnósticos psiquiátricos. Estima-se que até 50 % dos pacientes com esquizofrenia possam tentar o suicídio alguma vez em sua vida e que até 15 % terão sucesso em uma de suas tentativas. Por isso a necessidade de a família e de os profissionais de saúde estarem alertas a essa possibilidade.

O contexto no qual uma tentativa de suicídio pode acontecer é muito variável. O risco maior é durante as crises agudas, quando ocorre maior impulsividade, desorganização psíquica, delírios e alucinações, e durante episódios depressivos, quando existe angústia, desesperança e pensamentos de morte. Mas uma tentativa também pode ocorrer nos momentos de maior estabilidade, quando o paciente se dá conta das limitações impostas pela doença, sente-se sozinho, desamparado ou não tem apoio familiar e social.

A tentativa de suicídio raramente tem uma causa isolada. Na maioria das vezes é provocada por um somatório de fatores, relacionados à doença, à história da pessoa e à família. Portanto, cabe à família e aos médicos conversarem a respeito e avaliarem os riscos em cada caso, cercando-se dos cuidados para prevenir a ocorrência do suicídio.

4.7.6 Comportamento hipersexualizado

Alguns pacientes exibem comportamentos sexuais inadequados dirigidos a pessoas estranhas ou familiares (pais, irmãos, tios, avós). Comportamentos masturbatórios, desinibição e assédio sexual podem ocorrer sem que o paciente tenha um juízo crítico e consiga freá-los em determinados ambientes sociais. Eles podem se expor a situações constrangedoras, sofrer agressões ou mesmo ser processados por atentado ao pudor. Há relatos de mães que sofreram algum

tipo de assédio sexual de seus filhos esquizofrênicos, uma situação muito difícil de lidar e que gera conflitos emocionais muito intensos. É importante que familiares comentem a respeito com o médico e que se imponha limites a esses comportamentos para evitar maiores constrangimentos e consequências. Muitas vezes, a inadequação sexual revela maior desorganização psíquica, dificuldade em conter impulsos sexuais e sexualidade imatura, sendo, por isso, mais comum em pacientes hebefrênicos do que nos esquizofrênicos paranoides.

4.7.7 Comportamento regredido e infantil

O comportamento pode regredir e se tornar infantil em alguns casos, principalmente entre os hebefrênicos. Nesses casos, a família percebe que o paciente assume, após sua doença, um comportamento semelhante ao que tinha quando criança, mais dependente dos cuidados dos pais e limitado em relação à sua autonomia. Por isso é frequente ouvirmos de alguns familiares que seus pacientes são como “crianças grandes” e que precisam de proteção e vigilância. Alguns têm uma atitude pueril e infantilizada, relacionam-se melhor com pessoas mais jovens ou mesmo com crianças, parecem ingênuos, riem à toa ou fazem “birra” para conseguir algo. Em geral, são mais desorganizados e bagunceiros, não assumem muitas responsabilidades e dependem de maior supervisão. Aqueles que desenvolvem a esquizofrenia muito cedo, logo no início da adolescência, estão mais propensos a esses comportamentos do que os que possuem um grau melhor de funcionamento antes de adoecerem.

4.7.8 Uso e abuso de álcool e outras drogas

O uso e o abuso de substâncias, entre elas o álcool, o tabaco e as drogas ilícitas, costumam ser um dos problemas que mais frequentemente se associam à esquizofrenia. O tabagismo, por exemplo, está muito presente entre os pacientes e em muitos casos ocorre um aumento do consumo de cigarros após o adoecimento e com o tratamento. Estudos demonstram que a nicotina pode aliviar alguns efeitos colaterais dos antipsicóticos e isso explicaria o motivo pelo qual muitos aumentam o consumo de cigarros com a medicação. O alcoolismo pode ser um complicador da esquizofrenia naqueles pacientes que utilizam bebidas alcoólicas com frequência ou de forma abusiva. A bebida pode inicialmente ser usada para desinibir o comportamento, perder a timidez e para se relacionar melhor com as

pessoas, mas com o passar dos anos e com o consumo crescente, alguns acabam desenvolvendo o alcoolismo. O uso concomitante da medicação e da bebida alcoólica põe em risco também a eficácia do tratamento, pois o álcool acelera o metabolismo dos antipsicóticos e reduz as taxas de resposta.

Mais raramente pode ocorrer a dependência de drogas ilícitas, principalmente da maconha e da cocaína, mais comuns em nosso país. A maconha tem sido relacionada a um risco maior de desenvolvimento de psicose em adolescentes predispostos, e seu uso nessa fase vem sendo associado a uma precipitação da primeira crise.

Os que estão sob risco ou que desenvolveram alguma dependência química devem receber, paralelamente, tratamentos específicos para o tipo de substância, devendo ser sempre relatado ao médico e à equipe responsável quando se desconfiar do uso ou abuso de substâncias químicas.

COM A PALAVRA, O PACIENTE...

Sobre a maconha

Opinião dos pacientes no fórum da comunidade virtual do site entendendoesquizofrenia.com.br

@izabella: sim, a maior parte do tempo fica no quarto dele vendo TV, ouvindo música, ele fuma maconha, tá difícil dele largar. Só sai para ir ao mercadinho comprar alguma coisa. Não sente vontade nem de limpar a casa. Outro dia perguntei se ele gostaria de fazer natação, disse que não tem forças para isso, que vai caminhar.

@lucas: esse é o problema dele, a maconha deixa a pessoa psicótica, primeiro de tudo, ele tem que começar parando de fumar isso, talvez até tenha sido a maconha que causou a esquizofrenia nele, e deve ser a causa do desânimo também. Como a psiquiatra lida com isso? Está dando antipsicóticos pra ele e ao mesmo tempo ele está fumando maconha? Isso acaba com o tratamento inteiro.

@izabella: oi Lucas, sim a médica sabe que ele fuma e disse que a dose do remédio dele é dobro do que seria se ele não fumasse. É triste isso, mas ele não quer largar, fuma há mais de 20 anos e está tentando fumar menos... mas ele sem fumar fica muito melhor, mais sorridente.

@lucas: é isso mesmo. Então, resta esperar que ele pare de fumar algum dia... com certeza ele iria melhorar muito.

ACONTECEU NO SITE ENTENDENDO AESQUIZOFRENIA.COM.BR...

Abuso de drogas na esquizofrenia

Um artigo da psiquiatra Nora Volkow, diretora do Instituto Nacional para Abuso de Drogas dos EUA, publicado na edição de maio de 2009 da revista *Schizophrenia Bulletin*, chama a atenção para a crescente comorbidade (i.e. associação de duas doenças) entre Dependência Química e Esquizofrenia. Um levantamento nacional a respeito do uso de drogas nos EUA em 2007 revelou o aumento da prevalência de abuso de substâncias, como álcool, nicotina, maconha e cocaína, entre esquizofrênicos em até 100 vezes superior à população geral (veja a tabela).

	Taxa de uso em esquizofrênicos (média de vários estudos)	Abuso ou dependência em esquizofrênicos	Taxa de uso na população geral	Dependência na população geral
Nicotina	60–90%	28,5%	25,9%	12,8%
Maconha	17–80,3%	50,8%	5,8–16,4%	0,5%
Álcool	21–86%	43,1–65%	2,9–17,9%	5,1%
Cocaína	?	23%	0,7–1,7%	0,09%

Quase metade dos esquizofrênicos apresenta em algum momento de sua vida história de uso ou abuso de substâncias, índice bem superior à população geral, o que sugere que esquizofrênicos estejam expostos a outros fatores de risco além daqueles presentes na população. Os mecanismos por trás dessa comorbidade ainda não são bem conhecidos, mas acredita-se que envolvam distúrbios químicos cerebrais, como os relacionados à dopamina, glutamato, aos receptores nicotínicos e canabinoides (da maconha).

Uma das explicações para o abuso de substâncias em esquizofrênicos é a busca de alívio para efeitos colaterais dos antipsicóticos, como a falta de prazer, em função do bloqueio de dopamina em regiões cerebrais envolvidas com mecanismos de recompensa, ou para compensar déficits cognitivos. O problema é que o uso crônico da droga exacerba os sintomas negativos e cognitivos, prejudicando ainda mais a recuperação da pessoa no sentido de uma vida produtiva e plena.

A nicotina é a droga mais prevalente entre esquizofrênicos, em parte por ser legal e pela facilidade de acesso, mas também porque o efeito da nicotina no cérebro pode aliviar alguns déficits cognitivos. Há estudos que sugerem que esquizofrênicos têm receptores nicotínicos menos funcionais e em menor número do que pessoas saudáveis e isso explicaria a melhora da cognição provocada pela nicotina (o que não ocorre com os demais fumantes).

O uso da maconha também é frequente e ela possui o pior efeito dentre todas as demais. Estudos com ressonância magnética mostraram que com o uso de maconha a perda de substância cinzenta cerebral é até duas vezes maior do que o habitual num período avaliado de 5 anos. Uma das explicações para o uso da maconha é melhorar o controle emocional em situações de estresse, devido ao seu efeito nos receptores canabinoides cerebrais.

Os fatores genéticos e ambientais que contribuem para a esquizofrenia também estão envolvidos na dependência de substâncias. Genes que regulam a neuroplasticidade e o desenvolvimento cerebral, como o gene *Neuroregulina 1*, podem estar implicados nas duas patologias. Fatores psicossociais como educação e desemprego podem aumentar a comorbidade e ambas as doenças estão relacionadas a uma maior exposição e menor tolerância ao estresse, o que agrava as duas condições.

Algumas pesquisas sugerem que antipsicóticos de segunda geração podem ser mais eficazes no tratamento da dependência química associada à esquizofrenia, assim como terapias comportamentais que aliem abordagens às duas doenças. Mas existe uma grande carência de profissionais e serviços especializados no tratamento das duas condições em conjunto.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

1) O paciente pode responder de maneira diferente ao que foi perguntado, porque não entendeu ou por que não sabe se expressar? Como se deve proceder nesses casos em que um diálogo não é possível?

É difícil diferenciar se o paciente se expressa mal por não compreender a pergunta ou por não ser capaz de elaborar a resposta adequadamente. Um dos problemas ligados ao pensamento e à linguagem do paciente está na sua capacidade de elaborar um discurso fluente e coerente, com os nexos associativos entre as diferentes ideias preservadas. Ele pode ter um discurso prolixo e sem objetividade, perdendo-se no emaranhado de suas ideias e, portanto, dando a impressão de que não consegue compreender aquilo que foi perguntado.

O familiar deve, portanto, evitar perguntas longas e complexas, utilizar frases mais curtas e dar pausas entre elas para que o paciente possa assimilá-las. Deve-se dizer a ele de sua dificuldade para compreendê-lo, demonstrando boa vontade e paciência. Alguns pacientes, além de desorganizados em seus pensamentos, ficam muito lentos na hora de falar. É preciso aguardar o paciente concluir sua linha de raciocínio ou, diante da incapacidade de finalização, ajudá-lo a terminar. Nos casos em que o paciente fala muito rápido ou mistura diferentes ideias ao mesmo tempo, deve-se repetir algumas ideias mais importantes e pedir que ele se concentre nelas a fim de concluir seu raciocínio de forma mais clara.

2) O que se deve fazer na presença dos sintomas positivos?

Os sintomas positivos, como delírios e alucinações, são sinais de atividade da doença e exigem uma intervenção imediata da família para que a crise não evolua.

A busca por uma avaliação médica é imprescindível, uma vez que pode ser necessário um ajuste nas dosagens das medicações. Entretanto, algumas atitudes de acolhimento e de proteção devem ser priorizadas. A família deve estar próxima e atenta para as necessidades do paciente nesse momento, avaliando criteriosamente qual a sua capacidade de autonomia e discernimento, tomando para si responsabilidades que ele não tenha condições de assumir (p. ex. direção de veículos, tomada das medicações, operações bancárias, compras, etc.).

3) Qual a necessidade da internação hospitalar?

A internação raramente é necessária com os recursos que dispomos atualmente. Entretanto, ela pode ser indicada em casos em que exista um risco para a segurança e a integridade do paciente e de sua família, como em casos de violência, de tentativa de suicídio ou na catatonia, em que o paciente se recusa a ingerir líquidos e alimentos. A internação também pode ser utilizada como forma de iniciar um tratamento diante da recusa do paciente, mas isso deve ser bem avaliado para que uma internação à revelia não traga consequências negativas para o relacionamento familiar ou para a adesão ao tratamento após a alta. O importante é que familiares e pacientes compreendam que para uma internação existem critérios e indicações médicas, da mesma forma que ocorre em outras especialidades, e que não é a família que interna, mas o médico-assistente ou o plantonista do hospital. Isso deve ser inclusive dito ao paciente, que a atitude da família foi buscar ajuda, mas a indicação de internação partiu do médico que avaliou o paciente.

O paciente pode compreender depois a necessidade de internação, mesmo que ela tenha sido feita contra a sua vontade, principalmente se ele perceber que a intenção da família foi protegê-lo. Por isso a necessidade de jogar limpo com o paciente desde o início. A pior coisa é quando o paciente é levado para o hospital sendo enganado, dizendo que ele vai dar um passeio ou que irá somente a uma consulta médica. O paciente, com razão, sentir-se-á traído. O familiar deve falar para o paciente os reais motivos que o levaram a recorrer ao hospital, como receio de que o paciente tentasse contra sua vida ou se colocasse em risco, deve se desculpar pela atitude e admitir sua impotência ou dificuldade em saber qual a melhor decisão tomar.

O familiar jamais deve tomar esta decisão sozinho (mesmo porque quem interna é o médico, ao menos deveria ser assim!). Se o paciente não estiver sendo

acompanhado por um médico, o familiar deve procurar um especialista para se consultar, mesmo que o paciente se recuse inicialmente a ir. O psiquiatra pode orientar melhor o familiar sobre como agir e que providências tomar.

Deve-se evitar ao máximo conter fisicamente o paciente ou se envolver em luta corpórea com ele, o familiar deve chamar um serviço especializado em atendimento psiquiátrico de urgência ou o SAMU (tel. 192) que possuem paramédicos treinados para isso. Às vezes pode ser necessário chamar a polícia, principalmente nos casos de pacientes fisicamente violentos ou armados. O familiar deve tomar antes algumas precauções, já que a polícia não é treinada para lidar com pacientes psiquiátricos, como, conversar com os policiais antes da abordagem e explicar que o paciente está fora de seu juízo por apresentar uma doença e não por falha de caráter ou má intenção.

A internação contra a vontade, embora traumática para a família e para o paciente, pode ter efeitos positivos para o tratamento se for bem indicada e conduzida. É um direito do paciente saber o motivo de sua internação e isso deve ser conversado com ele no momento de sua admissão no hospital. O Ministério Público deve ser informado sobre a internação involuntária dentro de 72 horas, de acordo com a Lei nº 10.216 (ver apêndice), cabendo a ele investigar se essa internação ocorreu dentro da lei e se, após este período, ela se mantém necessária.

O familiar normalmente tem muita dificuldade de tomar esta decisão sozinho, por isso nossa recomendação de procurar um profissional de saúde mental, preferencialmente um psiquiatra, que possa ajudá-lo a amadurecer essa ideia, fortalecendo sua convicção. Nos EUA existem times de profissionais, geralmente assistentes sociais e enfermeiros, especializados em situações como essa, que fazem a intermediação com o paciente, a família e, muitas vezes, com a justiça, quando há a necessidade de autorização judicial para a internação involuntária.

A esquizofrenia deve ser encarada, também nesse aspecto da internação, como outra doença qualquer. Ninguém relutaria em internar um familiar que estivesse enfartando, também não se sentiria culpado por tê-lo feito contra a sua vontade, afinal, se está zelando pela sua saúde. Nessas doenças, muitas vezes a internação faz a diferença entre a vida e a morte.

Na esquizofrenia, o atraso em buscar o tratamento ou não internar um paciente em surto que não aceita a medicação também pode ter consequências graves, como suicídio, violência e desaparecimento/fuga de casa.

O preconceito contra a doença mental e o estigma que se tem em relação às instituições psiquiátricas é muitas vezes a razão para que o familiar não consiga tomar a decisão como faria se fosse uma doença clínica. Se no Brasil os hospitais gerais tivessem emergências psiquiátricas, como ocorrem em outros países, como nos EUA e na Europa, isso certamente atenuaria a demora em buscar os serviços de pronto atendimento psiquiátrico.

No caso das internações involuntárias é recomendável que o familiar visite o paciente logo nos primeiros dias de hospitalização para que ele não se sinta abandonado pela família. É comum que pacientes se sintam assim, ainda que existam mágoas ou revoltas pela maneira como a internação foi conduzida. A visita não precisa ser longa, mesmo porque nos primeiros dias o paciente pode não estar em condições ou não mostrar-se receptivo, porém ele verá com a presença da família que ela se importa com ele. Se houver alguma contraindicação médica à visitação, o familiar pode solicitar ao médico que seja entregue uma carta ao paciente, expressando o apoio da família e o desejo de sua recuperação.

A internação muitas vezes é a única alternativa que restou para garantir o início do tratamento. A psicose possui efeitos tóxicos para o cérebro e para o organismo, além do que traz um risco grande para a vida e a integridade do paciente. Quanto antes for iniciado o tratamento, maiores as chances de recuperação.

COM A PALAVRA, O PACIENTE...

Sobre internação

Opinião dos pacientes no fórum da comunidade virtual do site entendendoesquizofrenia.com.br

@evelin: meu irmão tem esquizofrenia, mas não aceita tratamento, minha mãe precisa colocar os remédios no café, ultimamente ele tem umas crises, desrespeita as pessoas, fuma 3 cigarros a cada 5 minutos, suja a casa toda e mesmo assim minha mãe não aceita a internação dele, não sei o que fazer para convencê-la e tenho medo que ele faça mal a alguém ou até mesmo para minha mãe... Preciso de uma orientação, caso alguém possa me ajudar eu agradeço.

@analigia: é muito difícil dizer o que é o mais certo quando falamos da esquizofrenia, pois o que serve como terapêutica para um caso, não pode ser receita de bolo e adiantar para outro. Mesmo assim, ainda acho que sua mãe precisa de orientação profissional para aceitar que talvez o melhor tratamento para que seu irmão vença o surto seja a internação.

@izabella: seu irmão precisa de tratamento adequado, procure um médico psiquiatra para te orientar o que fazer. Tem hora que o melhor é a internação mesmo sem o consentimento dele. Minha mãe por anos negou a doença do meu irmão, eu sei bem o que você está passando.

4) O que significa quando o paciente começa a rir do nada, sem que haja motivo aparente?

Esse sinal é chamado em psicopatologia de *risos imotivados*. Alguns pacientes apresentam risos que não podem ser compreendidos dentro do contexto em que ocorrem, como se o paciente “risse do nada”. Eles são mais comuns em pacientes com um grau maior de alterações da afetividade, como em esquizofrênicos hebefrênicos, embora também possam ocorrer em pacientes paranoides. É difícil explicar o que possa motivá-los, por isso são descritos como imotivados. Eles podem se intensificar nas crises, mas podem permanecer mesmo nos momentos de estabilidade.

Geralmente são risos de canto de boca, discretos, que alguns familiares podem interpretar como sinal de ironia ou deboche. Não raro ocorrem desentendimentos por causa deles, como quando um familiar entende que os risos são dirigidos a ele e insiste para que o paciente os interrompa. Contudo, é importante compreender que esses risos fogem ao controle voluntário do paciente.

É preciso diferenciar os risos imotivados de gargalhadas, que podem ocorrer em pacientes em surto e serem desencadeadas por alucinações, geralmente acompanhadas de outras atitudes que denotam atividade alucinatória, como quando o paciente fala sozinho e dá gargalhadas como se estivesse achando graça do que as vozes estão lhe dizendo.

5) Uma paciente acusa um parente de uma determinada atitude que, na verdade, não aconteceu. Essa acusação se deu no auge da crise, que culminou com sua internação. Até hoje, ela não se aproxima desse parente por continuar acusando-o do fato. Isso é uma ideia fixa ou um delírio? O que fazer nessa situação?

Possivelmente esse familiar foi incluído no delírio da paciente e passou a ter um papel de vilão, sendo acusado de atos que não cometera, mas nos quais a paciente acredita piamente. Portanto, trata-se de um delírio. Mesmo após o tratamento, a paciente continua evitando-o, demonstrando que permanecem as lembranças do que ela acredita que ele tenha feito a ela. Mesmo que essas ideias não tenham mais a mesma convicção, permanecem o receio, o medo e a desconfiança.

Isso é relativamente comum quando a figura do perseguidor ou vilão é real e faz parte do cotidiano do paciente. Ele não se esquece completamente dos seus delírios, embora possa não pensar neles o tempo todo e, tampouco, se deixar influenciar por essas ideias a ponto de alterar o seu comportamento. Contudo, ele evita aquela pessoa, por não se sentir confortável na sua presença, por ela lembrar um período difícil de sua vida.

É preciso respeitar o paciente e não obrigá-lo a entrar em contato com a pessoa temida. O distanciamento da crise pode fazer com que essas preocupações diminuam e o paciente volte a conviver mais com aquele familiar. Uma atitude positiva do familiar, procurando ser amável e atencioso pode ajudar.

6) A personalidade do paciente pode sofrer mudanças com a doença e com o passar dos anos? Como devemos proceder nesses casos?

Sim. O paciente pode passar a agir de maneira estranha ou ter comportamentos diferentes do seu habitual por influência dos sintomas crônicos da doença, principalmente dos sintomas negativos. Ele pode adquirir vícios de comportamento, hábitos e manias que antes não tinha. O humor pode ficar mais irritadiço e o paciente mais intolerante no convívio familiar. Isso faz parte de um processo de cronificação da doença, mas que é passível de tratamento.

O médico deverá ser informado. Existem medicamentos que podem ajudar no humor e na tolerância. A família deve ser orientada, pois muitas reações podem ser deflagradas por desavenças ou conflitos familiares, que uma vez identificados e controlados, podem melhorar a convivência.

7) Os delírios podem ser úteis para o paciente, aumentando seu poder criativo e preenchendo um vazio existencial?

Não. O delírio é sempre patológico e vem acompanhado de um intenso sofrimento, acarretando prejuízos para todos os aspectos da vida da pessoa. No campo familiar, provoca desavenças e discórdias; no campo do trabalho, leva à interrupção das atividades laborativas e acadêmicas, quando não traz prejuízos maiores, como a perda do emprego; no campo pessoal, traz confusões entre realidade e fantasia, leva a emoções e sentimentos ambíguos e contribui para a fragmentação da personalidade e das vivências do indivíduo; socialmente, a pessoa se isola ou é discriminada por suas ideias absurdas, com maior dificuldade para se relacionar com os outros; legalmente, a pessoa tem contestada a sua capacidade de discernimento, autonomia e autogestão, pondo em risco seus direitos como cidadão. Portanto, o delírio pode ser devastador na vida de uma pessoa. Em todas as doenças em que ocorre, e não somente na esquizofrenia, ele provoca grandes prejuízos para o paciente e para as pessoas que o amam e procuram ajudá-lo.

8) O uso de medicação pode evitar permanentemente o aparecimento dos sintomas positivos?

Na maioria dos casos, a medicação antipsicótica combate com eficácia os sintomas positivos. Muitos pacientes melhoram em muitos aspectos, outros têm remissão completa. Alguns podem permanecer com alguns sintomas em grau leve, como delírios cristalizados ou alucinações residuais, ou seja, crenças e percepções que não podem ser resolvidas completamente com a medicação.

A longo prazo, entretanto, a medicação antipsicótica pode não ser 100 % eficaz na prevenção de recaídas, ou seja, evitando que os sintomas positivos ou a crise retorne após um longo período. O uso regular e contínuo dos antipsicóticos constitui, sem dúvida, uma medida de proteção fundamental. Porém, outros fatores, como os relacionados à própria doença (gravidade, número de crises passadas), à família (ambiente familiar conturbado e com alta sobrecarga emocional) e à pessoa (sua vulnerabilidade pessoal a novas crises, sua capacidade de resolver conflitos e de tolerar o estresse) podem contribuir para uma recaída apesar do tratamento medicamentoso.

CAPÍTULO 5



Os Sintomas Negativos e Cognitivos

Os sintomas negativos contrapõem-se aos positivos em diferentes aspectos. São chamados de negativos porque representam funções psíquicas que estão diminuídas, como a vontade e a afetividade. São mais duradouros e estáveis ao longo da doença, enquanto os positivos estão mais relacionados às recaídas. Os sintomas negativos podem preceder o primeiro surto em alguns anos, o que ocorre comumente. Ocorrem em pacientes que muito tempo antes do adoecimento exibiam um comportamento introspectivo, desmotivado, tímido, com poucos relacionamentos sociais e envolvendo-se progressivamente menos em atividades.

Os sintomas negativos podem se tornar crônicos com a evolução da doença, o que chamamos de *sintomas deficitários da esquizofrenia*. Os pacientes tornam-se, gradativamente, mais isolados, com a afetividade mais retraída, com menos envolvimento emocional e social, com um discurso vazio, sem propósito e com poucas ideias, sem iniciativa para as atividades, descuidando de sua higiene e aparência, com manias ou rituais repetitivos e com grande empobrecimento de seu cotidiano.

Os sintomas negativos, juntamente com os cognitivos, têm sido considerados pelos pesquisadores como o principal motivo para a cronificação da doença, para a limitação da autonomia dos pacientes e maior dependência da família.

Eles são, portanto, aspectos mais permanentes porque sofrem menor variação, estando presentes tanto na fase aguda quanto na crônica. São mais resistentes a mudanças e com piores respostas ao tratamento antipsicótico do que os sintomas positivos, os quais, por sua vez, são características predominantes das fases agudas e que respondem melhor à medicação.

5.1 SINTOMAS COGNITIVOS

Inicialmente, precisamos definir o que chamamos de cognição. Cognição é definida pelo dicionário *Aurélio* como “aquisição de conhecimento”, e diz respeito às nossas funções mentais superiores, como memória, inteligência, linguagem e todas as funções necessárias ao seu processamento, como a atenção, a memória executiva e o planejamento estratégico.

Os sintomas cognitivos encontrados nos pacientes com esquizofrenia são as alterações da atenção, da memória e do aprendizado, do funcionamento executivo, da linguagem e da capacidade de abstração, do planejamento estratégico, da flexibilização do pensamento e da tomada de decisão.

5.1.1 Alterações do funcionamento executivo

O funcionamento executivo é fundamental para o desempenho de tarefas complexas, que requerem diversas habilidades cognitivas ao mesmo tempo. Quando nos propomos a fazer um bolo, por exemplo, precisamos manter a atenção em vários aspectos, como na quantidade de cada ingrediente, na ordem de cada etapa (bater primeiro os ovos, depois adicionar açúcar, depois a farinha), no tempo de cozimento, etc. A atenção precisa alternar-se rapidamente e não perder o foco. Enquanto você bate a massa na batedeira, você unta a assadeira, preaquece o forno, tudo ao mesmo tempo para ganhar agilidade, mas sem comprometer a eficiência. Se tocar o telefone, você é capaz de atendê-lo e depois retornar à etapa na qual parou, seguindo no mesmo ritmo e sem precisar voltar à receita ou rever passo a passo cada etapa cumprida. Isso é possível graças a uma função essencial, chamada memória de trabalho. Trata-se de um reservatório temporário da memória apenas para a execução de tarefas e quanto mais tempo você demorar no telefone, por exemplo, maior a chance de esquecer onde parou. Outro exemplo de memória de trabalho é quando nos pedem para discar um número de telefone. Naquele instante decoramos o número, mas logo depois o esquecemos.

É claro que a experiência conta muito. Aqueles acostumados a fazer um bolo terão mais facilidade, agilidade e eficiência do que os novatos. Isso também é computado no funcionamento executivo, pois, durante a tarefa, memórias de outras receitas e de experiências que antes deram certo ou errado são recordadas, oportunamente, para aperfeiçoar seu desempenho e melhorar ao máximo o objetivo final. Isso também requer um ajuste fino entre as funções cognitivas como atenção, memória de trabalho e memória de longo prazo.

Qual o melhor momento para uma informação armazenada na memória ser evocada? Se for um ingrediente a mais que pode ser adicionado à massa, não adianta lembrar dele quando o bolo já estiver no forno. A etapa correta deve despertar na memória uma lembrança que leve a informação à consciência, para que ela esteja disponível para a execução. É dessa forma que utilizamos nossa experiência e reforçamos nosso aprendizado.

O funcionamento executivo é essencial para diferentes atividades, desde como fazer um bolo até como gerir uma empresa. Utilizamos essa função a todo instante, em casa, no trabalho, nas horas de lazer, num jogo, etc. A função executiva, portanto, é como uma grande orquestra com vários tipos de instrumentos.

Cada um tem uma função e deve ser tocado num determinado momento para que não prejudique a harmonia final da música.

Ter um bom funcionamento executivo é um pré-requisito essencial às atividades sociais. No trabalho, pessoas mais versáteis, inteligentes e ágeis vão mais longe, são promovidas e ganham mais. Em casa, pessoas mais competentes são mais respeitadas. O papel social de cada um passa, portanto, pelas questões cognitivas, que permitem maior eficiência nas atividades que cada um se propõe a fazer. O engenheiro, o médico, o motorista, o pedreiro, o mecânico, cada um tem uma função determinada na sociedade, através da qual se afirmam e são respeitados. A dona de casa também tem um papel social determinado, como cuidar dos filhos e do lar. Seja qual for a atividade, ela possui uma inserção social e faz com que seus agentes sejam aceitos socialmente. Não ter um papel social significa viver à margem da sociedade.

A família comporta-se como uma “microsociedade”. Assim, ter um papel definido na família é importante para o indivíduo ser aceito por ela. O pai de família sai todo dia para trabalhar e traz o sustento da casa, a mãe cuida dos filhos e organiza o lar, os filhos estudam para ter melhores possibilidades no futuro ou trabalham para ajudar seus pais. As pessoas sentem-se valorizadas e respeitadas pelos demais membros da família quando existe um papel social com o qual se identificam.

Como o funcionamento executivo está comprometido na esquizofrenia, os pacientes têm dificuldades para executar determinadas tarefas. Atrapalham-se nas etapas intermediárias, demoram mais e o objetivo final fica prejudicado. Essa é uma das explicações para o fracasso em atividades laborativas ou que requeiram maior capacidade cognitiva. Isso pode levar a um desinteresse por algumas atividades, deixá-los menos perseverantes, pela crença de não serem capazes, e gerar um descrédito na família pelos seus sucessivos fracassos. Se eles não encontrarem receptividade e estímulo, acabarão se isolando mais e se envolvendo progressivamente menos. A maioria dos pacientes sente dificuldade em ter um papel social, contribuindo para uma baixa autoestima, baixa autoconfiança, aumentando seu retraimento social, emocional e a ociosidade.

5.1.2 Alterações da atenção e da concentração

A capacidade de atenção e concentração é essencial para a vida, tanto para nossa proteção como para o nosso desenvolvimento (p. ex. aprendizado). A atenção é fundamental para identificarmos sinais de perigo no meio exterior e para tomarmos medidas de proteção. Da mesma forma, estar atento ao nosso corpo ajuda a identificar precocemente sinais e sintomas de alguma doença e a procurar ajuda. A capacidade de concentração permite que nos dediquemos por mais tempo a algum ofício ou leitura, aperfeiçoando nossas habilidades, adquirindo novos aprendizados e crescendo cultural e intelectualmente.

Na esquizofrenia, a atenção está frequentemente afetada. Na fase aguda, os pacientes podem ficar com a atenção voltada para si, distraíndo-se em relação ao meio. Isso pode ser percebido através da atitude mais introspectiva e de preocupações voltadas para seu corpo e para as experiências mais particulares e subjetivas (delírios ou alucinações). Na fase crônica, eles podem ter dificuldade para selecionar os estímulos aos quais precisam ficar mais atentos e perder a capacidade de alternar o foco, prestando atenção em vários estímulos ao mesmo tempo, sem conseguir se manter adequadamente em nenhum deles. A dificuldade para concentrar-se por muito tempo leva ao desinteresse por leituras ou tarefas que exijam maior esforço cognitivo.

5.1.3 Alterações da memória e do aprendizado

A memória é uma função central em nosso psiquismo. Ela armazena nossa história, as informações sobre a cultura e o mundo, nossas habilidades manuais, hábitos, vocabulários, medos, traumas e sentimentos sobre fatos e pessoas.

O tipo de memória afetado na esquizofrenia é a memória declaratória (também conhecida como explícita). Ela armazena todos os fatos e episódios que ocorreram ao longo da vida. Nós a utilizamos conscientemente (por isso chamada de declaratória ou explícita), o que significa que nós podemos evocá-la, a qualquer momento, através da nossa vontade. Se quisermos lembrar de algo que nos aconteceu no passado, basta buscarmos esse evento diretamente de onde está armazenado. Essa busca, embora seja realizada automaticamente pelo cérebro, envolve um mecanismo complexo, pois a memória guarda uma imensidão de informações. Quanto melhor forem os mecanismos de busca, mais rapidamente chegaremos à informação procurada. É claro que existem

informações mais fáceis de serem lembradas, porque ocorreram recentemente ou porque são mais frequentemente utilizadas em nosso cotidiano e já se conhece o caminho até elas.

Na esquizofrenia, os mecanismos de busca de informações na memória são falhos. Por isso é comum o paciente omitir fatos relevantes em uma conversa. Ele pode contar que foi até o supermercado e esquecer de mencionar que no caminho encontrou um tio que não via há anos. Ele pode ter dificuldade de lembrar dos fatos mais importantes de uma história e, ao contá-la, pecar também pela falta dos detalhes, tornando-a desinteressante ou desconexa. Entretanto, o paciente não esquece completamente as informações. Se for ajudado, ele consegue lembrar de tudo. Isso pode levar à sensação de que ele está com preguiça ou não quer lembrar das coisas, um julgamento comum entre os familiares. Na verdade, ele tem dificuldade de lembrar espontaneamente, porque os mecanismos de busca estão comprometidos pela doença. Mas se alguém der uma “dica”, uma pista que mostre o caminho, ele será capaz de encontrar a informação correta.

O aprendizado também pode estar comprometido, em parte pelas alterações da atenção e concentração, mas também pela dificuldade de codificação de informações novas na memória. Os pacientes precisam de um maior número de repetições e demoram mais para gravar novas informações. Isso também decorre da dificuldade para formar estratégias que acelerem o aprendizado, como associar informações semelhantes ou equivalentes entre si, formar categorias e classificações que acelerem e facilitem guardar informações.

5.1.4 Alterações da linguagem

É esperado que o homem desenvolva mais a linguagem verbal, porque as culturas utilizam mais a comunicação verbal do que a visual. O domínio da linguagem é adquirido pelo contato com nossa cultura e pelo aprendizado dos vocabulários e fonemas desde a primeira infância. Todos nós temos um dicionário em nosso cérebro, onde ficam armazenadas as palavras e seus significados. É a nossa memória semântica. Assim como na memória propriamente dita, são necessários mecanismos de busca afinados para escolher a palavra certa no momento apropriado, maximizando a nossa capacidade de expressão verbal. Esse processo inconsciente e automático é realizado ativamente pelo nosso cérebro e depende de outras funções, como a memória de trabalho e a capacidade executiva.

Os esquizofrênicos não possuem menos vocábulos ou fonemas do que as pessoas saudáveis, o que significa que a aquisição da linguagem foi completa. Porém, a utilização dessa linguagem é que parece estar comprometida. Como toda ferramenta, não basta tê-la, é preciso saber como manuseá-la. Quanto melhor for a capacidade de usar a linguagem, melhor a capacidade de se expressar, que o digam os poetas. Alguns pacientes esquizofrênicos têm menor fluência verbal, ou seja, têm dificuldade de escolher as palavras certas no momento próprio e de encadear melhor suas ideias, falando, conseqüentemente, menos. Eles também têm dificuldade em organizar o material verbal, ou seja, classificá-lo e agrupá-lo de acordo com determinadas características, o que pode ajudar na hora de buscar as palavras certas na memória semântica. A desorganização no discurso, as associações esdrúxulas ou desconexas e os neologismos que alguns pacientes manifestam são sintomas provenientes dessas dificuldades na linguagem.

5.1.5 Alterações da capacidade de planejamento

Planejar o futuro ou traçar um plano de ação rumo a um objetivo implica em ter metas de curto e longo prazos e capacidade de avaliar criteriosamente cada passo ao longo do processo. É necessário rever continuamente as metas, avaliar prós e contras, prever dificuldades futuras e tomar as decisões o mais embasadamente possível para evitar o fracasso. Esse é um processo complexo que envolve tarefas como: priorizar metas mais básicas em detrimento das mais complexas, ordenar objetivos de acordo com sua prioridade e dificuldade, construir alternativas viáveis caso ocorra algum imprevisto, etc.

Um empregado de uma empresa com o objetivo de ascensão de cargo, por exemplo, chegar a diretor, precisa de um plano de ação de longo prazo. Ele deve antes se qualificar à altura do cargo pretendido, o que pode exigir mais estudo (concluir o ensino médio, passar para uma faculdade, formar-se, cursar um mestrado ou MBA, etc.). Depois precisa dar o melhor de si para ser reconhecido como um bom funcionário, ter bons relacionamentos dentro da empresa e ganhar visibilidade em suas tarefas. Em cada objetivo intermediário ele precisa desenvolver novas metas. Para concluir os estudos, por exemplo, ele deve economizar para comprar livros, pagar a faculdade e reservar um tempo para estudar. Ele pode, em paralelo, aprender uma segunda língua, que seria um objetivo de mais curto prazo e que poderia ajudá-lo a subir umas posições na empresa, ainda que não fosse para o cargo que tanto deseja. Essa pode ser uma

alternativa viável, principalmente se no decorrer de todo o processo ocorrerem imprevistos, como ele demorar a concluir a faculdade. Logo, ele planeja alternativas caso seu objetivo principal (chegar a diretor) seja muito difícil ou utópico.

Na esquizofrenia, essa dificuldade de planejamento salta aos olhos. É muito comum ouvir de um paciente, que sequer concluiu o ensino fundamental, o desejo de montar seu próprio negócio, de conseguir um emprego ou de ter uma profissão, quando na realidade precisa voltar a estudar para tornar esses objetivos possíveis. Para muitos, voltar a estudar já é um objetivo maior, pois precisam se estruturar melhor para suportar um ambiente de sala de aula, aguentar as pressões naturais do processo de aprendizado e se dedicar mais a atividades, como leitura e escrita. Um paciente que se isola, não suporta o contato social, não lê e passa a maior parte do tempo em frente à TV, dificilmente poderá matricular-se numa escola antes de ter trabalhado essas questões mais básicas.

A família cansa de ouvir planos utópicos e, por não acreditar na viabilidade deles, acaba sendo culpada pelo paciente por seus próprios fracassos. Em outros casos, a família já incentivou e financiou outros projetos que não foram levados adiante e não quer mais ver seus investimentos em vão. É preciso, portanto, que ela ajude o paciente a flexibilizar seus objetivos e a avaliá-los com base na sua realidade, auxiliando-o nas etapas iniciais e acompanhando-o ao longo do processo, supervisionando as metas e os objetivos alcançados. Dessa forma, a possibilidade de sucesso aumenta e as chances de frustração diminuem para ambos.

Um paciente, por exemplo, insistia em fazer um concurso público para o Judiciário, conseguindo que seus pais o matriculassem num curso preparatório. Com *deficits* cognitivos evidentes e apenas o ensino médio, foi concorrer com advogados que estudavam a matéria há anos. As chances de fracasso eram enormes. O paciente dedicou-se ao curso, sendo um dos alunos mais aplicados. Mas o insucesso de seu projeto lhe custou uma recaída de sua doença. Depois voltou-se para atividades artísticas, sua verdadeira vocação, e, apoiado pela família, passou a pintar quadros, expondo-os em feiras e galerias. A pintura foi sua principal atividade por muitos anos, com mais perseverança e êxito e sem recaídas de sua doença.

A dificuldade de planejamento dos pacientes e seus planos de difícil realização encontram muitas vezes a aceitação dos pais, que, por falta de uma alternativa e apostando numa ocupação, “compram” suas ideias e injetam uma dose adicional de ânimo e expectativa. A ilusão compartilhada causa, ao final,

uma decepção nos pais, um sentimento de fracasso nos pacientes e a perda da credibilidade para projetos futuros. Desgasta o relacionamento familiar e gera um estresse adicional por conta da frustração e de suas consequências, deixando o paciente mais vulnerável do que protegido. Um bom exemplo vem de um pai que, após comprar quase uma orquestra de instrumentos para o filho aprender música e “transformar-se em um cantor famoso de *rock*”, viu os instrumentos serem abandonados um a um na garagem de casa. Em mais uma investida do filho, desta vez por uma bateria, ele negociou antes uma aula particular com a bateria do professor e, depois de aprendido o instrumento, presenteou-lhe com uma. Deu certo. O paciente não ficou famoso, mas toca a bateria até hoje.

5.1.6 Alterações da tomada de decisão

Tomar uma decisão também é um processo cognitivo complexo. Existem aspectos racionais e emocionais envolvidos e muitas vezes é necessário um autocontrole para não sucumbir à tentação e decidir pela opção mais sedutora. Os aspectos emocionais precisam ser inibidos para que a decisão não seja impulsiva ou meramente emocional. A avaliação criteriosa das vantagens e desvantagens de uma atitude, do seu custo-benefício, antevendo possíveis consequências danosas, é necessária para uma decisão madura.

Diante de um policial agiremos com respeito e obediência, ainda que nossa vontade seja oposta, sob o risco de sermos presos por desacato à autoridade. Freamos todos os impulsos mais agressivos, não deixamos escapar nenhuma ofensa verbal e tentamos manter a compostura. Uma pessoa com dificuldade de inibir comportamentos impulsivos pode se descontrolar nessas situações. Da mesma maneira, alguns pacientes esquizofrênicos têm dificuldades em bloquear suas descargas afetivas e agem impulsivamente quando se espera deles uma reação mais comedida. Ou, então, tomam decisões erradas por não avaliarem bem as circunstâncias, precipitando-se na escolha da alternativa mais sedutora em detrimento da correta.

5.1.7 Alterações da capacidade de abstração

A capacidade de abstração é muito importante para entendermos o sentido figurado das coisas, bem como para avaliarmos uma informação ou situação para além de seu significado literal ou concreto. Nossa cultura é repleta de figuras de

linguagem. Se alguém o aconselha a não ficar preocupado demais com um fato, “levantar, sacudir a poeira e dar a volta por cima”, você entende que deve superar os problemas e seguir adiante, não desanimar. Mesmo sem nunca ter ouvido o samba que tornou essa frase conhecida, você sequer cogita a possibilidade de estar empoeirado. Ditados populares são continuamente incorporados à nossa língua pelas influências culturais. Mesmo sem nunca ter ouvido falar de alguns deles, conseguimos interpretá-los graças aos nossos recursos de abstração.

Os esquizofrênicos têm, em graus variados, dificuldade para interpretar frases ou conceitos mais abstratos, tendendo a uma interpretação concreta ou literal. Isso traz consequências práticas para o seu dia a dia, na medida em que o entendimento de algumas informações ou situações mais complexas fica limitado ao significado mais literal, com pouca flexibilidade para aceitar outras interpretações possíveis. Da mesma forma, os significados implícitos para nós, aqueles que estão nas entrelinhas ou que podem ser subentendidos sem a necessidade de revelação explícita, são, para eles, incógnitos e de difícil compreensão. Portanto, deve-se levar em conta esse aspecto na hora de conversar com o paciente, para evitar falsas interpretações ou desentendimentos desnecessários.

5.1.8 Aspectos comuns aos sintomas cognitivos

Os sintomas cognitivos ocorrem em graus variáveis de gravidade e, com frequência, antes do primeiro surto da doença, permanecendo ao longo da vida dos pacientes e causando prejuízos sociais e laborativos. Muitos pesquisadores argumentam que os sintomas cognitivos representariam características centrais da esquizofrenia, mais intimamente ligadas à biologia do transtorno. Isso se deve ao fato de familiares não doentes (pais e irmãos) de alguns pacientes apresentarem alterações cognitivas semelhantes às verificadas na esquizofrenia, porém em menor intensidade. Esses sintomas poderiam estar relacionados à genética da doença ou ao produto da interação gene–ambiente. Especula-se, ainda, que as disfunções cognitivas sejam causas de sintomas mais evidentes como o delírio, a alucinação e os sintomas negativos.

Alguns familiares observam que, após o adoecimento, o paciente passa a ter um declínio mais pronunciado de suas funções cognitivas, trazendo mais dificuldades para tarefas que antes executava com maior facilidade. Os pesquisadores se dividem quanto a isso. A maioria acredita que a esquizofrenia não

seja uma doença degenerativa, i.é, não ocorre declínio progressivo das funções cognitivas ao longo dos anos. Já outros admitem que possa ocorrer um prejuízo adicional nos anos que antecedem o primeiro surto, ou durante a primeira crise, e que se mantém ao longo de toda a doença.

5.2 SINTOMAS NEGATIVOS

5.2.1 Alterações da afetividade

A afetividade é a função psíquica responsável pelas nossas emoções, sentimentos e pela maneira como expressamos nossos afetos e nosso estado de espírito. Expressamos nossa afetividade de diversas maneiras: na musicalidade e na entonação da nossa fala, em nosso olhar, em nossa expressão ou mímica facial, nos gestos ao falarmos, no toque, etc. À expressão de nossa afetividade chamamos de afeto. O afeto precisa estar em harmonia com nossos sentimentos, com nosso estado de espírito e com o ambiente que nos circunda. Quando existe essa coerência é possível percebermos pelo afeto quando algo agrada ou desagrade o outro, sem a necessidade de verbalização. Uma cara feia, um olhar reprovador, um gesto de uma mãe são muitas vezes suficientes para chamar a atenção de um filho travesso. O afeto é, portanto, a via direta para acessarmos os sentimentos, emoções e o humor de uma outra pessoa, embora ele ainda seja superficial e impeça a revelação de grande parte de nossa subjetividade. Um casal, por exemplo, não pode se certificar de que um está apaixonado por outro apenas pelas trocas de olhares e carícias. Um até pode suspeitar dos sentimentos do outro, mas necessita de uma confirmação verbal: “Eu te amo”. Isso revela que, apesar de muito importante para a nossa comunicação, o afeto não mostra de maneira transparente todos os nossos sentimentos. Assim, conseguimos sorrir para alguém num dia em que tudo vai mal, ser cordial com quem já foi rude conosco, rir apesar da vontade de chorar. Conseguimos manipular melhor nossos afetos do que nossos sentimentos e emoções. Esse controle é essencial para nosso convívio social, para relacionamentos, amizades, trabalho, etc. A nossa capacidade de empatia depende fundamentalmente da forma que nós transparecemos nossa afetividade.

O afeto está particularmente comprometido na esquizofrenia e isso é reconhecido desde as primeiras descrições da doença. O esquizofrênico tem

grande dificuldade de moldar seus afetos, responder adequadamente do ponto de vista afetivo às diferentes situações de sua vida. Esse é um dos principais sintomas negativos da doença e está presente precocemente, na maioria das vezes antes do primeiro surto.

Helena, mãe de um paciente esquizofrênico, dizia que era impossível saber ao certo o que seu filho estava sentindo e isso lhe trazia muita angústia, pois ele também não gostava de falar de si. Muitos anos antes do adoecimento de Carlos, ela notava que suas expressões faciais e seus gestos eram lentos, mudavam pouco e que tinha a impressão de seu filho ficar indiferente ao meio. Reagia de forma parecida frente a qualquer evento, fosse ele bom ou ruim. A leitura que Helena fazia desse comportamento era a de que seu filho era um menino deprimido, desde o início de sua adolescência. Essa impressão de Helena é, em geral, o julgamento mais comum dos pais quando confrontados com essa dificuldade de expressão afetiva de seus filhos. Este aspecto, aliado ao retraimento social, fez com que Bleuler considerasse o comportamento de alguns pacientes esquizofrênicos como autista. Diferentemente do autismo, que tem a afetividade mais gravemente afetada, com estereotípias (movimentos repetitivos) e alterações da linguagem e da capacidade de comunicação com o outro, os esquizofrênicos exibem uma atenuação do afeto sem um prejuízo preponderante da linguagem e da capacidade de se comunicar e se fazer entender. Muitos psiquiatras consideram as alterações do afeto um “defeito” da esquizofrenia, ou seja, um sintoma duradouro, que pouco se altera com o tratamento e que pode se agravar no decurso da doença.

Essa atenuação do afeto é chamada pelos especialistas de *embotamento* ou *esmaecimento afetivo*. É como se os pacientes tivessem um repertório limitado de expressões e, com isso, respondessem com mais dificuldade à variabilidade de sentimentos e emoções desencadeadas pelo ambiente. Isso não significa, contudo, que os pacientes não sejam capazes de sentir os mesmos sentimentos que nós, como alegria, amor, ódio, rancor, inveja, etc. A dificuldade está justamente na expressão desses sentimentos.

Helena dizia que Carlos tinha reações de extremos: ou nada o afetava, o mundo podia cair sobre sua cabeça que ele não movia uma palha, ou ele reagia exageradamente, com uma descarga afetiva desproporcional ao fato que a desencadeou. Principalmente nas reações de raiva, quando bradava palavras de baixo calão, proferia ameaças e reagia com desprezo. O que mais lhe chamava a atenção era que a reação era semelhante, qualquer que fosse o fato desagra-

dável, alguns bobos, como quando o aborreciam com o controle remoto da TV. Essa descarga afetiva exacerbada ocorre com frequência quando o paciente é contrariado. Ela revela uma dificuldade de conter ou inibir reações mais agressivas, o que chamamos de *intolerância à frustração*. Essa reação não é exclusiva da esquizofrenia e está presente numa série de doenças psiquiátricas, bem como pode ser uma característica de personalidade e de temperamento que algumas pessoas apresentam. O que há de diferente na esquizofrenia é que a forma de reagir à frustração é mecanicista, rígida, pouco elaborada e esquisita, revelando as limitações de expressão afetiva do esquizofrênico.

5.2.2 Alterações da vontade

A vontade é uma função psíquica essencial na nossa vida, que nos impulsiona na direção de nossos objetivos e da realização de nossos sonhos. Ela compreende uma fase inicial que chamamos de desejo.

Todo desejo tem necessariamente uma motivação afetiva que desperta nosso interesse em algo. A partir do desejo nos organizamos para alcançar o objetivo cobiçado através de etapas mais executivas, a vontade propriamente dita, quando avaliamos os recursos necessários e o percurso até o determinado fim. Portanto, não podemos entender a vontade separada da afetividade, ambas essenciais para nossa pulsão de vida. No indivíduo deprimido, a vontade está comprometida, antes de tudo, porque a depressão leva ao desinteresse generalizado, o paciente não vê a mesma graça nas coisas, não tem desejo, e, por isso, pode ficar desmotivado diante dos desafios. Mas o prejuízo também pode ser nas etapas mais executivas da vontade, com dificuldade em estruturar-se pragmaticamente para tornar o objetivo viável. Então, a vontade envolve também aspectos cognitivos, como atenção, memória, funcionamento executivo e planejamento estratégico, sem os quais um objetivo não pode ser alcançado com sucesso. Como a depressão pode afetar tanto a afetividade como a cognição, indivíduos deprimidos apresentam comumente diminuição global da vontade e do pragmatismo.

A vontade está envolvida não somente em coisas simples do nosso cotidiano, como tomar banho, cuidar de nossa higiene e da aparência, conversar com as pessoas e realizar nossas atividades de rotina, como também em objetivos mais complexos, como arrumar um emprego, projetar nossa carreira profissional, zelar pela nossa família e a educação de nossos filhos.

Na esquizofrenia, a vontade está comprometida tanto em seus aspectos motivacionais como executivos. Os pacientes ficam desmotivados, inertes, não se envolvem em atividades, ficam a maior parte do tempo ociosos e têm grande dificuldade em iniciar, persistir e concluir objetivos, sejam próprios ou propostos por alguém. A família, na maioria das vezes, encara esse sintoma como “preguiça”, quando na realidade se trata de um sintoma negativo da doença.

Glória sabe bem a dificuldade que tem para estimular seu sobrinho, Ricardo, diagnosticado há 8 anos como esquizofrênico e que ficou sob seus cuidados após a morte dos pais em um acidente de carro. Ricardo é muito desleixado com sua aparência, veste-se mal, não faz a barba, passa dias sem tomar banho, impregnado pelo cheiro do cigarro que fuma a maior parte do dia em seu quarto. Esse retrato é comum no relato das famílias. Os pacientes ajudam pouco nas atividades de casa e reclamam quando são repreendidos ou forçados a colaborar. Em geral o quarto é uma bagunça, guardam objetos velhos e inúteis, não têm zelo com as coisas. Mas não se pode generalizar, pois como ocorre em todos os sintomas dessa doença, a variabilidade de intensidade e gravidade é grande. Então, há aqueles que são mais organizados, cuidadosos, higiênicos e prestativos, mas têm em algum grau diminuição da vontade e do pragmatismo, com dificuldade para envolver-se em determinadas atividades mais complexas.

A família fica mais conformada, quando entende que a falta de vontade é um sintoma da doença e não preguiça ou acomodação e que precisa rever suas atitudes quando age com repreensão ou críticas. Quando não se quer fazer algo por preguiça, a reação da família em geral é enérgica, reprovando tal atitude e cobrando, muitas vezes com hostilidade, que se faça algo. Mas se o ostracismo é consequência de uma inabilidade ou dificuldade de iniciativa, a família entende que é necessário estimular e tratar do sintoma sem cobranças hostis ou críticas sucessivas. Emoções negativas nesse caso só fazem aumentar o retraimento e afastar o paciente dos desafios que ainda pode encarar.

Suelen apresentou uma alternativa interessante para sua filha, de 26 anos, que antes se recusava a ajudar nas atividades domésticas, mas também não se envolvia em nenhuma outra atividade que não fosse assistir à TV ou ouvir música. Cansada de brigar e de chamar a atenção, ela percebeu que seu relacionamento com a filha estava seriamente abalado, com hostilidade de ambas as partes e maior isolamento da filha, que em alguns dias sequer lhe dirigia a palavra. Encarando a “preguiça” como uma diminuição da vontade presente na esquizofrenia e compreendendo que não se tratava de recusa de sua filha,

e sim de uma incapacidade de ela envolver-se nas atividades, Suelen mudou o tom. Passou a convidar sua filha para acompanhá-la em algumas atividades domésticas. Enquanto conversavam e interagiam mais, Suelen pedia aos poucos que a filha a ajudasse, enxugando alguns pratos ou guardando algumas coisas. Aos poucos a filha foi participando mais e a relação delas passou a ser mais fraterna e amigável.

A mudança na maneira de encarar os sintomas da doença é o primeiro passo que precisa ser dado para transformar as relações familiares e estimular pouco a pouco aquele paciente a participar mais ativamente.

5.3 ESTÍMULO NA DOSE CERTA

É fundamental estimular o paciente a realizar atividades, pois sua tendência é isolar-se e distanciar-se progressivamente dos objetivos. Basta observarmos o que ocorre com um paciente há anos residindo em um hospital psiquiátrico sem nenhum tipo de estimulação. Ele regride do ponto de vista do comportamento, perde hábitos de higiene, conversa menos, perde progressivamente sua autonomia e a capacidade de socialização. O contrário também observamos em serviços de reabilitação psicossocial, quando o paciente é estimulado com atividades que aprimoram suas funções. Pacientes retraídos e pouco comunicativos adquirem progressivamente a capacidade de socialização, participando mais das atividades sociais e familiares, naturalmente que dentro de suas possibilidades de evolução.

O cérebro é um órgão que se molda e se adapta continuamente ao ambiente, respondendo aos estímulos. Assim, somos capazes de aprender novas informações e hábitos, um novo ofício ou um instrumento musical, desde que sejamos persistentes em estimular nosso cérebro por um período suficiente para que esse aprendizado se cristalize e não seja esquecido no futuro. Isso corresponde a alterações químicas e celulares a dos neurônios e de suas conexões, reunidos sob o conceito de plasticidade cerebral.

A plasticidade cerebral é maior ou menor dependendo da função, do tempo do estímulo e do aprendizado atividade-dependente, i.é, quanto maior a frequência da atividade, maior o aprendizado. Para o desenvolvimento da linguagem, por exemplo, a primeira infância é fundamental. Sem um estímulo adequado nesse momento, a criança pode ter prejuízos irreparáveis da linguagem, ainda que haja estímulo após esse período. No aprendizado de línguas ou de um instrumento musical, o treinamento é fundamental para a aquisição da

habilidade. Um violonista, por exemplo, será tão melhor na execução de seu instrumento quanto mais estudar e tocar seu violão, e assim ocorre em todas as formas de aprendizado.

Na esquizofrenia, o treinamento de novas habilidades pode ajudar o paciente na execução de seus objetivos, devolvendo-lhe progressivamente o interesse pelas coisas. Contudo, há de se ter cuidado com o estímulo excessivo ou desproporcional às suas reais condições. Por isso, a necessidade de individualizar o processo reabilitatório e progredi-lo lentamente, em níveis diferenciados de complexidade. Alguns podem necessitar de atividades mais básicas como estímulo em relação à higiene e ao treinamento de hábitos saudáveis de vida (prática esportiva, hábitos alimentares, cuidados com a saúde bucal, etc.). Outros, mais preservados, podem aprender um ofício e até ter um trabalho assistido. Isso naturalmente depende de vários fatores, como a gravidade da doença, a capacidade de autonomia e independência, a autocrítica e a capacidade de monitorar o comportamento, entre outros.

5.4 SINTOMAS NEUROLÓGICOS

Alguns sintomas sutis e que costumam não ser reconhecidos pela família, mesmo porque muitos pacientes não os apresentam, são os sinais e sintomas neurológicos associados à esquizofrenia.

Os principais são os tiques motores, os carateamentos (tiques faciais) e as estereotipias. Esses sinais podem ocorrer em outros transtornos psiquiátricos e neurológicos, como o Transtorno de Tiques e a Síndrome de Gilles de La Tourette. Porém, em esquizofrênicos, a presença desses sinais é mais comum do que na população geral, fazendo com que sejam considerados manifestações neurológicas da doença. Os tiques são, em geral, discretos e podem passar despercebidos por quem não convive muito com o paciente.

As estereotipias são movimentos involuntários, como se fossem trejeitos, que o paciente adquire ao longo da doença. Os mais comuns são os movimentos com as mãos e os dedos. Após o surgimento dos antipsicóticos, houve um aumento da incidência desses sintomas, sendo atribuídos ao efeito cumulativo dessas medicações (discinesia tardia). Todavia, eles são descritos antes mesmo do primeiro antipsicótico, sugerindo que as estereotipias sejam sinais neurológicos da própria doença.

Uma outra característica que pode corresponder a um sintoma neurológico é o comportamento desajeitado e estabado de alguns pacientes. A habilidade motora fina, ou seja, aquela necessária para tarefas que exijam destreza motora, pode estar comprometida na doença. Isso corresponde à queixa frequente de algumas famílias de que seus pacientes são desengonçados e desastrados.

Outros sinais neurológicos da esquizofrenia incluem tônus motor e movimentos anormais, distúrbio de acompanhamento visual lento (verificado através de testes neuropsicológicos em que se pede que o paciente acompanhe um ponto luminoso numa tela de computador), aumento da frequência de piscar os olhos e desorientação direita-esquerda.

ACONTECEU NO SITE

ENTENDENDO A ESQUIZOFRENIA.COM.BR...

Diferenças e semelhanças entre a esquizofrenia e o transtorno bipolar

As descrições da esquizofrenia e do transtorno bipolar (TB) enquanto doenças mentais datam da mesma época. No final do século XIX, o psiquiatra alemão Emil Kraepelin observou que pacientes até então tratados sob a mesma condição tinham sintomas e evoluções diferentes, permitindo que fossem separados em dois grupos. O primeiro ele chamou de doença maníaco-depressiva (atualmente chamada de transtorno bipolar) e o outro de demência precoce (depois denominada por Bleuler de esquizofrenia). Para Kraepelin, a diferença fundamental entre os dois diagnósticos era que os pacientes com TB apresentavam uma melhor evolução, com a remissão total dos sintomas e a retomada de suas atividades entre as crises, enquanto que esquizofrênicos mantinham sintomas residuais mesmo nos intervalos das crises, caracterizados principalmente por sintomas negativos, como a perda do interesse, a desmotivação, a apatia e as dificuldades de socialização e relacionamento. Esta diferença era mais marcante naquela época, em que tratamentos medicamentosos ainda não estavam disponíveis.

Com o advento do lítio e dos primeiros antipsicóticos na década de 1950, a distância entre o TB e a esquizofrenia diminuiu substancialmente, a ponto de casos de TB serem confundidos com esquizofrenia e vice-versa. A

resposta à medicação passou a influenciar o diagnóstico, com uma tendência a diagnosticar como bipolares aqueles pacientes que melhor respondessem e que se recuperassem com o tratamento.

A crise aguda do bipolar pode ser semelhante ao surto psicótico de um esquizofrênico, principalmente se também ocorrerem delírios e alucinações, sendo difícil a diferenciação de ambos os diagnósticos nesta fase, o que se torna mais fácil após o período de crise. Geralmente o bipolar tem uma recuperação melhor e volta às suas atividades de vida mais rapidamente do que o esquizofrênico, além de não apresentar os sintomas negativos característicos deste último. Os sintomas cognitivos também são menos impactantes no bipolar do que no esquizofrênico. Entretanto, pesquisas têm demonstrado que o TB não tratado adequadamente pode evoluir ao longo da vida com declínio cognitivo progressivo, com graves prejuízos psicossociais e laborativos, aumentando o risco do desenvolvimento de uma doença neurodegenerativa após a quinta ou sexta década de vida.

Embora sintomas de humor, como depressão, euforia, exaltação, raiva e irritabilidade sejam comuns na esquizofrenia, eles são a alteração principal do TB. São as variações do humor que provocam as crises de depressão ou mania e que explicam os principais problemas de comportamento, os delírios e as alucinações dos pacientes bipolares, enquanto o humor, apesar de influenciar o comportamento do esquizofrênico, não é o causador dos principais sintomas da esquizofrenia. Isto fica mais evidente ao final da crise, quando bipolares melhoram dos sintomas com a estabilização do humor e esquizofrênicos permanecem com delírios, alucinações e sintomas negativos, apesar do humor aparentemente melhor.

No TB, portanto, ocorrem episódios mais claros de humor, como a depressão, a mania (excitação do humor) ou os episódios mistos (mistura de características depressivas com exaltação do humor), enquanto que na esquizofrenia, apesar das alterações de humor, o fio condutor continua sendo as alterações do pensamento e da percepção.

Mas as coincidências entre o TB e a esquizofrenia não param por aí. Estudos genéticos têm demonstrado que as duas doenças podem ter uma origem comum. Alguns genes de predisposição à esquizofrenia também estão envolvidos na causa do TB. Já se sabe, há algum tempo, que o TB é mais comum em familiares de esquizofrênicos. Existiria então uma ligação

biológica entre os dois diagnósticos? Estaríamos falando de duas expressões diferentes de uma mesma doença? Os pesquisadores ainda não conseguiram responder a essas questões, mas é possível que haja uma ligação causal, com modelos de predisposição semelhantes. Mas as diferenças clínicas ainda são significativas para mantê-los como dois diagnósticos distintos. Esses achados biológicos, por exemplo, não explicam porque bipolares respondem ao lítio e outros estabilizadores de humor, enquanto esquizofrênicos respondem somente a antipsicóticos.

Recentemente antipsicóticos de segunda geração, medicações até então específicas para a esquizofrenia, ganharam aprovação para o uso também em pacientes bipolares. As alterações neuroquímicas da esquizofrenia, como o aumento da dopamina e a desregulação da serotonina e do glutamato, também acontecem no TB.

Um terceiro diagnóstico, um pouco controverso entre os psiquiatras, aponta para outro transtorno, com características da esquizofrenia e episódios de humor semelhantes ao TB, como se houvesse uma sobreposição das duas doenças. Estamos falando do transtorno esquizoafetivo, considerado por muitos pesquisadores como parte de um espectro das doenças psicóticas (espectro esquizofrênico), mas que pode representar um *continuum* entre dois polos diagnósticos, a esquizofrenia e o TB. O esquizoafetivo tem um prognóstico melhor do que o esquizofrênico, com menos sintomas negativos, porém pior do que o bipolar. Contudo, na prática, vemos que as possibilidades de recuperação são muito variáveis, independentes do diagnóstico e muito mais pautadas nas qualidades individuais e no ambiente sociofamiliar.

A tabela a seguir resume as principais diferenças entre a esquizofrenia e o TB.

Características	Esquizofrenia	Transtorno bipolar
Início do quadro	Mais lento (insidioso)	Mais rápido (súbito)
Delírio	Mais comum o persecutório, não influenciado pelo humor	Mais comum o de grandeza, altamente influenciado pelo humor
Alucinação	Comum	Menos comum
Sintoma negativo	Comum	Não ocorre
Deficit cognitivo	Comum	Menos comum
Disfunção social	Comum	Menos comum
Tratamento medicamentoso	Antipsicóticos de primeira e segunda geração	Estabilizadores de humor e antipsicóticos de segunda geração

DEPOIMENTO: UMA HISTÓRIA DE PERSEVERANÇA E DISCIPLINA

Meu nome é Tiago, tenho 26 anos e moro no bairro de Piedade, no Rio de Janeiro.

Eu tenho esquizofrenia. Quero, através deste depoimento, compartilhar boa parte da experiência vivida por mim até hoje em prol da melhora e auxílio de outros pacientes.

Sempre soube que a vida não é tão simples e fácil quanto parece. Deparamo-nos com diversos obstáculos ao longo de nossa caminhada. Porém, temos que superá-los sempre. Essa é a lei da vida. Se você deixar o tempo ocioso e os problemas tomarem conta de você e da sua mente, a verdade é que você pode acabar indo para uma vereda ruim, desoladora, saindo do seu foco, do seu objetivo, de suas metas. E assim, a vida que era ou poderia ser mais simples, só pode ser resolvida por você mesmo. É! Você mesmo que está lendo o depoimento de mais um paciente que deseja, quer e vai vencer na vida. Aliás, já está vencendo. E minha intenção é também tentar ajudá-lo.

Eu tinha uma vida normal, como outro ser humano qualquer. Estudei em dois colégios particulares muito bons. Um ficava perto de minha casa e o outro ficava no bairro do Méier, bairro adjacente ao meu. Morávamos eu, minha mãe e minha avó. Mas se você pensa em um garoto mimado, está

enganado. Enquanto minha mãe saía pra trabalhar pra colocar comida pra dentro de casa, minha avó cuidava de mim. E ela era linha-dura à beça. Queria que eu fosse o melhor em tudo. Deu-me uma educação à altura. Inclusive devo tudo o que eu sou hoje a ela. Tenho o problema, que considero pequeno perto do que eu sou hoje. Porém com relação à integridade, esforço, desempenho, educação, responsabilidade, determinação, coragem, enfim, alguns elementos necessários para se obter uma vida digna e com um futuro brilhante à frente, eu dou graças principalmente à minha avó. Minha mãe eu amo demais também. Contudo, na época, quem contribuía mais com a minha educação era a minha avó.

Para não perdermos o foco do assunto e ligar as palavras-chave, eu estudava bastante. Sempre estudei. Sempre fui muito cobrado por ambas as “mães”. E eu era um dos melhores na escola. Não me gabo por isso. Claro que o reconhecimento eu vejo até hoje, por encontros e conversas com amigos de longa data, que estudaram comigo. E reconhecimento é sempre bom. Digo isso em todos os aspectos. A média era alta e eu não podia fazer feio, porque sabia que a minha mãe pagava pra mim colégios caros e com ensino de qualidade, que seriam a chave para o meu futuro. E eu fazia de tudo para tirar notas boas e me dedicar ao máximo, porque queria ganhar bons presentes que minha mãe me daria.

Eu me estimulava e tinha que fazer por onde. Só que eu me deixava levar muito pelo meu querido futsal. Como eu adorava jogar. Fui federado. Disputava a LIFSERJ (Liga Independente de Futsal do Estado do Rio de Janeiro). E fora as peladas na rua com os amigos. Eu jogava bem também. Cheguei no ápice algumas vezes, sendo convidado para jogar no Clube de Regatas do Flamengo e no Fluminense. Joguei no primeiro, saindo da escola às pressas e indo treinar na Gávea. Minha mãe e vó estavam toda bobas. Mas não fiquei porque eu tinha que ter um apadrinhamento de alguém lá dentro e a gente sabe como é a política de futebol. Não é diferente no futsal. Eu e mais dois amigos tínhamos sido convidados para jogar, mas não ficamos por causa disso. E foi no Fluminense a grande oportunidade que tive pra jogar o futebol de verdade. Só que eu rejeitei a proposta, que era muito boa, pra me dedicar aos estudos. Eu era muito correto com os meus estudos e não pensava em deixar de lado por um questão de lazer. Isso ocorrera comigo

quando eu tinha 14 anos de idade. Foi a única coisa que eu me arrependi, já que meu sonho de menino era ser jogador de futebol. Hoje entendo que não era pra ser. Enfim, fui crescendo, amadurecendo. Passei apenas a jogar um futebolzinho com os amigos no final de semana.

Namorei. Conheci várias mulheres de várias idades e de muitos amores. Mas namorei pouco. Desmanchei relacionamentos, assim como elas o fizeram comigo também. Fiz judô, jiu-jitsu. Adorava praticar esportes. Ainda gosto, mas não os faço por falta de tempo. Eu gosto de onde há movimento. E de não ficar parado. Se pararmos, a nossa vida para, a dos outros segue e o tempo passa. Fiz um curso de inglês quando mais novo também, que durou 5 anos. Até aí tudo bem, nada de esquizofrenia.

Com 18 anos comecei a trabalhar numa empresa de telecomunicações, onde eu era operador de telemarketing e minha mãe havia me colocado lá, pois era uma das chefes. Depois arranjei um novo emprego, muito melhor, por sinal, onde eu ganhava mais e fui promovido duas vezes em pouco tempo. Era numa empresa que pagava direitos autorais ao cantores e intérpretes. Eu permaneci neste emprego por quase 3 anos. Conheci uma mulher especial, onde eu descobri o amor pela primeira vez.

Estava muito feliz, porém comecei a ter sintomas de depressão, síndrome do pânico, medo de morrer por qualquer besteira, etc. Foi nesse período que comecei a sentir o peso da vida sobre os meus ombros. Descobri que tinha um problema espiritual. Descobri que era médium. Depois, com o passar do tempo, fui lendo e entendendo mais o assunto, a religião e vi que a maioria dos casos de depressão tem a ver com problemas espirituais. Deparei-me com uma situação nova. Era tudo diferente. E minha vida mudou muito. Pra melhor. Demorei um tempo pra restabelecer o meu equilíbrio. Não que o espiritismo (digamos assim de uma forma genérica, porque sou umbandista) vá resolver todos os seus problemas, mas se você se esforça, propaga o bem, procura entender o que se passa, se aprofunda no assunto, mantém a sua fé em dia, em qualquer religião você consegue obter a ajuda necessária. Cada lugar tem a sua doutrina religiosa, o seu formalismo, mas a fé depende de você. Se você a tem, as barreiras tornam-se transponíveis.

Como a vida não é fácil e simples, eu perdi o meu emprego (por opção minha eu quis sair, pois estava passando por um momento delicado, de desequilíbrio, que era o problema espiritual, que realmente existiu), perdi a namorada que eu amava muito e que acompanhou um pouco desse processo ruim pelo qual passei e saí da faculdade de Direito, porque havia saído do emprego. Afastei-me dos meus amigos e me isolei. Parei com o futebol e com academia. Consegui, enfim, melhorar depois de um tempo. Espiritualmente eu estava no equilíbrio. Passados dois anos tive uma nova crise, onde eu me via numa situação totalmente diferente da anterior, bem pior. Minha cabeça estava a mil por hora. Meus pensamentos muito desorganizados e eu vivia com um olhar perdido em meio à crise pela qual me encontrava. Eram pensamentos que vinham à minha mente sem eu querer, indesejáveis, que me incomodavam e me desconcentravam. Foi aí que minha mãe preocupada foi comigo ao centro onde frequento e foi apontado que era um problema físico agora. É, eu tinha que me cuidar. Cuidar da mente.

Fui a uma psicóloga e a um psiquiatra, que diagnosticaram a minha doença, esquizofrenia. Minha mãe sentiu um baque de cara, porque para a mãe ou pai ou a pessoa que sempre cuidou de você, há uma não aceitação. Eu cheguei a tomar remédio duas vezes, mas eu ficava improdutivo durante uma boa parte do dia. Minha mãe jogou o remédio fora. E a minha crise que já não estava fácil, piorou. Voltamos ao psiquiatra e ele receitou três medicações. Fui sendo acompanhado pelos dois e fui readquirindo o meu equilíbrio.

Consegui arranjar um emprego perto de casa, no Méier. Fiquei lá por um ano e saí para um melhor, onde fui promovido ainda no período de experiência. Coisa difícil de se ver hoje em dia. Só que eu fui percebendo, depois de um bom tempo, que o remédio não estava surtindo mais aquele efeito do equilíbrio e eu voltei a ter alguns pensamentos desorganizados.

Mudei de médico e de remédio, dessa vez um de segunda geração (antes só tinha usado os mais antigos). Em menos de um mês arranjei um trabalho, um empregão melhor dizendo, numa multinacional, onde eu tive que passar por um processo seletivo bem complexo com entrevista em inglês e português e duas redações (uma em inglês e a outra em português). Mas passei. Na fé que eu tive.

Hoje eu uso dois medicamentos: o Benvidel e o Ansiolax.¹ Com esses dois remédios eu tenho todo o equilíbrio que preciso pra me manter firme na jornada, porque o meu objetivo mais breve é passar num concurso público que eu já estou estudando. Depois que me formar em Direito, tenho que fazer doutorado para ser Delegado da Polícia Federal. E vou ser. Como falei, só para vocês perceberem, consegui resgatar um trabalho novo, muito bom, que é na minha área (Direito, mais precisamente Direito Internacional – trabalho com vistos e passaportes de estrangeiros que vem trabalhar no Brasil e precisam regular sua permanência ou seu período de transitoriedade no país), faço faculdade de Direito (estou no 3º período), consegui resgatar também as amizades que eu havia deixado de lado e novas pessoas surgiram, às quais eu contei sobre o meu problema (mas não façam isso para qualquer pessoa, porque ainda há muito preconceito).

Conheci uma mulher especial, que sabe da minha doença, que me ama, que cuida de mim, que me apoia, que tem orgulho de me ter ao lado dela, que é a minha fã número um, companheira de todas as horas (mesmo ela sendo mais nova que eu – 21 anos – ela tem cabeça super aberta e me entende, que é o mais importante, além de entender um pouco sobre a doença, já que eu expliquei sobre a regularidade de precisar tomar os remédios) e, também, quero ressaltar o principal: é você ter sempre o apoio de sua família, porque é a base de tudo.

Você que é pai ou mãe, esposa ou marido, filho, filha ou a pessoa mais próxima, tenha sempre paciência com quem tem o problema, mesmo sabendo que não é fácil. Sabemos que não é uma doença simples, porque ela age na mente, que é onde nós comandamos o corpo. Por isso, eu que hoje estou no equilíbrio, dou graças a Deus, ao meu médico, à minha família, aos amigos que sabem (que são pouquíssimos) e à espiritualidade que tenho. Sem eles na minha vida, me apoiando, me orientando e cuidando de mim, eu, provavelmente estaria pior. Por isso gente, apoiem quem estiver do seu lado. Sempre. A vida é feita de problemas, mas nós não precisamos complicá-la mais.

1 Os nomes dos medicamentos foram substituídos por nomes fictícios para não estimular a automedicação ou influenciar no tratamento com base em experiências pessoais.

Nós podemos fazer um mundo melhor nos doando a essas pessoas que tem esse problema ou outro qualquer. O equilíbrio é possível. Às vezes demora, mas todos temos capacidade de superarmos, de termos uma vida normal como outro ser humano qualquer. Esse problema só existe se alimentarmos o monstro que nos assola. É só não darmos vazão aos pensamentos, tomarmos os medicamentos adequados, ir ao médico para ele ver como você está se sentindo e fazer a avaliação (a dosimetria do remédio), até chegarmos ao ponto de atingirmos a recuperação.

Eu acredito e tenho certeza que estou no caminho certo, fazendo o que é para ser feito. Eu percebi claramente que, com as doses do Benvidel e do Ansiolax, eu atingi o equilíbrio antes do que eu pensava. O Benvidel é tão bom que eu fui percebendo algumas melhoras consideráveis, do tipo: eu usava roupas amarrotadas e sujas que eu já havia usado anteriormente (porque a doença gera um sintoma de desgosto, de desleixo). Hoje, se tiver amarrotada, eu passo, se tiver suja ou eu ou minha mãe lavamos (...) quanto aos pensamentos que tinha, hoje quase não os tenho mais. São raros e tem dias que eu nem tenho. E me percebi a tal ponto que, por etapas, vi que o Benvidel foi “diluindo-os” gradativamente na minha mente. Vi que primeiro diminuíram aqueles sintomas, como os da roupa, depois do ânimo pra vida, em seguida, o controle dos pensamentos (...) E o Ansiolax eu tomo para contrabalançar o efeito colateral do Benvidel, que gera ansiedade.

Eu e minha família (hoje somos eu, minha mãe e meu padrasto – minha avó faleceu em dezembro de 2011) somos muito gratos à ajuda que meu médico nos proporcionou e nos proporciona até hoje. E pretendo continuar me tratando até sempre rsrsrs. Por isso, você que acabou de ler esse depoimento, tenha fé, nunca deixe de tê-la. E faça também o acompanhamento médico, tomando as medicações e, principalmente, tendo o apoio da família. Tenho certeza que você conseguirá, assim como eu estou conseguindo. Abraços a todos, meus amigos.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

1) É possível um paciente não apresentar sintomas negativos e cognitivos da esquizofrenia?

Os sintomas negativos e cognitivos refletem melhor as alterações biológicas da doença e são mais relacionados à sua hereditariedade, haja vista a presença de alguns sintomas cognitivos em familiares de primeiro grau dos pacientes. Em graus variáveis de intensidade, os sintomas negativos e cognitivos estão presentes na esquizofrenia e isso se relaciona com a gravidade do quadro.

Pacientes mais preservados, com mais autonomia, que conseguem trabalhar ou estudar, que formam família e que conseguem ter uma vida produtiva têm menos sintomas do que aqueles com maior comprometimento, mais dependentes da família e com prejuízos sociais mais evidentes.

Já em relação aos sintomas positivos, a história é diferente. Alguns pacientes podem exibir poucos delírios ou alucinações ou mesmo não apresentar nenhum sintoma positivo. Em geral, esses pacientes têm sintomas negativos e cognitivos mais exuberantes, com dificuldades sociais importantes. É o que se optou chamar de *Esquizofrenia Simples* e que outros autores chamam de *Transtorno de Personalidade Esquizotípica*. Nomenclaturas à parte, o fato é que essas apresentações fazem parte de um espectro esquizofrênico, onde se incluem diferentes apresentações da doença além daquelas classicamente conhecidas (paranoide, hebefrênica ou desorganizada e catatônica).

2) Como diferenciar os sintomas negativos de sintomas depressivos na esquizofrenia?

Essa é uma questão complexa, já que muitos sintomas negativos, como o desinteresse, a apatia e o desânimo, também estão presentes nos quadros depressivos. Na depressão, esses sintomas não são denominados “negativos”, porque eles ocorrem em função do humor, enquanto na esquizofrenia esses sintomas ocorrem independentes do humor do paciente. Portanto, diferenciar um quadro depressivo dos sintomas negativos na esquizofrenia apenas por esses sintomas não é tarefa fácil. Deve-se considerar uma avaliação criteriosa do humor e dos pensamentos do paciente. Na esquizofrenia, quando ocorre depressão, o paciente apresenta um humor deprimido, com tristeza e choro, e pensamentos de ruína, menos-valia e ideias de suicídio. Os sintomas negativos ficam mais pronunciados do que o habitual, com o paciente mais apático e desinteressado.

3) A medicação antipsicótica agrava os sintomas negativos e os cognitivos?

Alguns antipsicóticos, principalmente os de primeira geração, podem causar sintomas extrapiramidais (de impregnação), denominação que se dá ao grupo de sinais e sintomas que ocorrem como efeito colateral desses medicamentos (veja a tabela 3 no Apêndice do livro). Esses sintomas são caracterizados por uma síndrome parkinsoniana (semelhante à que ocorre na doença de Parkinson), com lentificação psicomotora, rigidez muscular, tremores e dificuldade para iniciar os movimentos. Os pacientes, então, podem ficar mais apáticos, lentos, desmotivados e, em casos mais graves, podem ter dificuldade para andar, comer (pela dificuldade de deglutição) e perder completamente sua autonomia. Nesses casos ocorre um agravamento dos sintomas negativos, o que chamamos de *sintomas negativos secundários* (ao tratamento), por serem provocados por esses efeitos colaterais. Com a substituição da medicação ou a associação de medicamentos que melhorem esses sintomas, o paciente volta ao seu funcionamento anterior. Portanto, é importante diferenciarmos os sintomas negativos primários (aqueles decorrentes da doença, também chamados de *sintomas deficitários*) daqueles causados pela medicação antipsicótica.

Um problema frequente é que muitos pacientes são tratados já no primeiro surto com medicações antipsicóticas que podem causar esses efeitos colaterais e a família fica então sem ter como comparar o estado atual com o anterior, pois antes o paciente não apresentava os sintomas da doença. O psiquiatra tem como diferenciar os sintomas negativos secundários dos primários através do exame físico, pois existem sinais físicos para a síndrome parkinsoniana. Nestes casos, a substituição da medicação ou associação com medicações que coíbam os sintomas parkinsonianos pode melhorar os sintomas negativos.

Em relação aos sintomas cognitivos, a medicação antipsicótica parece ter um efeito positivo, melhorando algumas funções como a atenção e a memória, ainda que esse efeito seja pequeno. Os antipsicóticos mais modernos, chamados de segunda geração, são mais eficazes no tratamento dos sintomas negativos e cognitivos do que os antipsicóticos mais antigos.

4) Como melhorar os sintomas negativos e os cognitivos com o tratamento?

A atuação dos antipsicóticos sobre os sintomas negativos e cognitivos não é tão eficaz como nos sintomas positivos da esquizofrenia. Os pacientes que apresentam sintomas cognitivos e negativos exuberantes podem alcançar

uma melhora com as medicações mais modernas, mas o efeito ainda está aquém do que desejamos. Enquanto medicamentos mais eficazes para esses aspectos não são desenvolvidos, precisamos estimular o paciente através de terapias não medicamentosas, como o treinamento de habilidades sociais e cognitivas (reabilitação psicossocial e cognitiva). A família também deve ajudar através de um ambiente saudável e estimulante, auxiliando-o em atividades regulares e no convívio familiar e social.

5) Qual a importância de uma rotina na vida do paciente?

É muito importante que o paciente tenha uma rotina de atividades. Isso inclui alguma ocupação, lúdica ou laborativa, atividades físicas e sociais. É ruim para o paciente ficar ocioso, além do que sobrecarrega a família e desgasta as relações. Essa rotina precisa ser individualizada e compatibilizada para cada um. O paciente com vocação artística, por exemplo, deve ser estimulado a realizar suas atividades em dias regulares (p. ex. 2ª, 4ª e 6ª, curso de pintura) e alternados com outras atividades (p. ex. 3ª, 5ª e sábado, natação), preferencialmente com hora marcada e sem sobrecarregá-lo. Se o paciente não gosta de acordar cedo ou tem muito sono pela manhã por causa da medicação, ofereça atividades à tarde. Mantenha um tempo livre para que ele possa descansar. Ainda que ele faça atividades lúdicas, elas podem ser cansativas e estressantes se impostas à sua vontade. No caso de trabalho ou estudos, essas atividades por si só já terão uma rotina própria. Deve-se adequá-las à realidade de cada paciente para que elas não sejam um fator de vulnerabilidade a mais para a piora da doença.

6) Como podemos ajudar o paciente na elaboração dessa rotina?

O fundamental é apoio e estímulo, sem estresse ou sobrecarga. Devemos valorizar pequenos avanços como grandes conquistas e não nos iludirmos em relação à sua capacidade, ou seja, não subestimá-lo e nem superestimá-lo. Para um paciente com sintomas negativos graves, com grande retraimento social, sair de casa para uma compra de supermercado, ajudar na organização do lar ou acompanhar um familiar em alguma atividade externa pode ser considerado um bom começo. Para aqueles mais independentes, atividades em níveis crescentes de complexidade, onde haja interação social, podem contribuir para a melhora de alguns sintomas negativos. Essas atividades podem e devem ser discutidas com o médico e a equipe que trata do paciente, os quais devem acompanhar

também a evolução e a resposta positiva ou negativa diante de cada uma delas. É importante mesclar atividades artísticas ou lúdicas com as de lazer (passeios, entretenimento) e as que requeiram algum esforço cognitivo (jogos de estratégia, jogo da memória, leitura, palavras cruzadas, etc.), para trabalhar os diferentes aspectos cognitivos, emocionais e sociais.

7) Minha filha passa a maior parte do tempo no computador digitando textos sobre seus delírios. São textos desconexos, mas a mantém ocupada. Isso é bom?

Não. Isso costuma ser um problema sério, pois mantém o paciente mergulhado na sua temática delirante, limitando seu contato com a realidade. Também evita que ele participe de atividades que trabalhem outras funções e lhe deem mais organização psíquica. Atividades que reforçam o delírio podem contribuir mais para o isolamento social e retraimento emocional.

8) O computador pode ajudar?

Se utilizado de forma correta, o computador pode ser um excelente auxiliar no tratamento. Pode despertar o interesse pela leitura, já que os *sites* da *internet* são mais interativos e permitem acesso a temas variados, além do acesso a jogos que necessitam de estratégias e a salas de bate-papo que facilitam a comunicação com outras pessoas. Entretanto, o computador não pode substituir as demais atividades a ponto de o paciente ficar recluso ou dependente dele. É recomendável que o familiar o estimule na direção dos *sites* mais interessantes, supervisionando a navegação, já que a *internet* é uma janela da sua casa para a rua e lá existem pessoas de todos os tipos, bem e mal-intencionadas.

9) Como lidar com um paciente com baixa tolerância à frustração e sem limites. Deixá-lo agir livremente?

Com certeza não, isso é o que não devemos fazer. As pessoas confundem dar limites com agredir ou impor as coisas com a utilização de força física. Precisamos ser diplomatas, ser compreensivos e ter boa tolerância à frustração, evitando sempre o confronto físico, fazendo o paciente compreender que existem regras e que há a possibilidade de sermos mais ou menos flexíveis em relação a algumas, mas outras precisam ser respeitadas à risca. Regras básicas, como hábitos de higiene, respeito e consideração ao próximo, fazer o tratamento corretamente,

entre outras, são fundamentais para uma boa convivência e para um relacionamento familiar saudável e respeitoso. Algumas famílias pecam por omissão, e o que vemos são pacientes progressivamente sem limites, com um relacionamento desgastado, gerando um alto grau de insatisfação. Não adianta passar por cima de nossas prerrogativas, por medo ou comodismo, para depois enfrentarmos um problema maior, acarretado pelo acúmulo de situações sem-limites e de desgaste emocional. Não é bom para o paciente, que muitas vezes não tem condições de avaliar criticamente o comportamento que tem, e não é bom para a família, que por uma conveniência do presente assume riscos para o futuro.

10) Os pacientes têm problemas com sua sexualidade? Como abordar essas questões?

Em geral, a sexualidade do esquizofrênico desenvolve-se normalmente e a orientação sexual segue o mesmo curso de uma pessoa saudável. Portanto, o paciente sentirá desejo sexual e vontade de ter relacionamentos afetivos a partir de sua adolescência. A dificuldade de relacionamento amoroso na esquizofrenia deve-se ao retraimento emocional e social, e não propriamente à disfunção ou imaturidade sexual.

Aqueles com um adoecimento mais precoce, logo no início da puberdade, quando a sexualidade ainda não está completamente amadurecida, podem apresentar atitudes eróticas ou comportamento sexual inadequado, como, por exemplo, masturbar-se excessivamente, ter libido aumentada e abordar inadequadamente as pessoas ou erotizar a figura de algum familiar. Isso reflete a puerilidade da personalidade e vem acompanhado, via de regra, por alterações marcantes do afeto, do pensamento e da percepção. Quando a sexualidade é afetada pela doença, percebem-se flutuações de acordo com as fases (aguda e crônica), com exacerbação dessa inadequação sexual nas fases mais agudas. Delírios erotomaníacos, como a crença de que alguém está apaixonado por ele, podem ocorrer e alterar consequentemente o comportamento, tornando o paciente mais sedutor e sexualizado. A sexualidade inadequada reflete a cisão da personalidade e a desorganização psíquica desses pacientes.

Eles têm, na sua maioria, grande dificuldade de envolvimento afetivo, o que é representado pelas baixas taxas de casamento e de natalidade entre esquizofrênicos. Isso é um problema, pois os pacientes sentem falta de uma companhia amorosa, ficam carentes e têm desejo sexual. Acabam procurando

profissionais do sexo ou envolvendo-se com pessoas de grupos de risco para doenças sexualmente transmissíveis. Portanto, o aconselhamento e a ênfase na prática do sexo seguro é de grande importância e deve ser a preocupação principal das famílias. A contracepção é um outro aspecto importante.

CAPÍTULO 6

A Família

A família representa o ambiente que o paciente mais frequenta, onde estão, muitas vezes, as únicas pessoas com quem ele pode conversar, compartilhar suas ideias, preocupações e emoções. É onde ele passa a maior parte do tempo, onde se sente mais à vontade tanto para falar o que pensa como para agir livremente. Com frequência, familiares contam que eles se comportam tão melhor nos ambientes sociais, que as pessoas acham que quem está desequilibrado é o próprio familiar, e não o paciente. “Parece que eles sabem para quem podem mostrar como realmente são!”, indignava-se uma mãe. E de fato podem. É comum que um esquizofrênico, ao chegar ao consultório do médico, comporte-se bem e aja como se nada daquilo que seus familiares estão contando estivesse acontecendo. Isso ocorre porque alguns conseguem frear ou inibir determinados sintomas e comportamentos quando estão em uma situação na qual isso é desejável. Já outros terão maior dificuldade, dependendo do grau de gravidade dos sintomas e da desestruturação psíquica comuns a um quadro agudo.

A esquizofrenia interfere nas relações familiares de diversas maneiras, produzindo diferentes padrões emocionais em seus membros, que passam a se relacionar sob as tensões provocadas pelo convívio cotidiano com a doença. Isso não significa que o esquizofrênico seja culpado pelo sofrimento de seus familiares, mas os sintomas apresentados por ele interagem com o temperamento, as angústias, as preocupações, os desejos e os anseios de cada familiar, produzindo um comportamento emocional peculiar em cada um. Assim, alguns terão uma melhor capacidade de adaptação e uma convivência mais harmoniosa, por serem pessoas com temperamento mais equilibrado, mais compreensivas e tolerantes, enquanto outras reagirão mais energicamente, de forma passional, intempestiva, hostil, ou mesmo, agressiva, por terem maior dificuldade para compreender a doença e para conter reações emocionais negativas. Portanto, o padrão emocional de cada familiar é um produto da interação complexa entre os variados aspectos da doença (sintomas positivos, negativos, cognitivos, dificuldades sociais, entre outras), os temperamentos e personalidades dos diferentes membros da família, inclusive do próprio paciente (i.é, como eles se relacionam), e das características psicológicas de cada um (p. ex. como cada um reage diante dos problemas, da sua capacidade de solucioná-los, da capacidade de sublimação, etc.).

Um outro componente desta equação é a falta de informação sobre a doença e os julgamentos equivocados por parte dos familiares em relação ao paciente, que desencadeiam sentimentos negativos e preconceituosos, como “ele

é preguiçoso, inútil, acomodado, folgado, dissimulado, etc.”, e que acarretam, a longo prazo, desgaste nas relações.

É importante compreendermos os padrões emocionais presentes na família sob uma perspectiva histórica. O padrão que cada um apresenta foi evoluindo ao longo dos anos, não só pela convivência com a doença, como também pela relação entre os membros da família antes mesmo da eclosão da doença.

Um filho que antes apresentou dificuldades de socialização por sua timidez excessiva ou por comportamento excêntrico, um outro que teve dificuldades de aprendizado e progressão na escola por *deficit* de atenção e memória, ou que na adolescência transgrediu normas e apresentou comportamento arredoio, podem, antes mesmo de um diagnóstico, despertar sentimentos em seus pais e irmãos, que tentarão suprir ou reforçar as suas carências iniciais. A mãe, por exemplo, poderá se tornar subserviente e controladora, monitorando o filho vinte e quatro horas por dia, não deixando que lhe falte nada e protegendo-o dos eventos externos que lhe possam oferecer riscos. O pai pode ser mais exigente, forçando-o a ser mais pró-ativo em suas obrigações e atitudes, cobrando dele melhores resultados, maior entrosamento social e independência. O irmão poderá ter ciúme pela atenção diferenciada dada pelos pais ou demonstrar mais claramente a diferença entre eles, explicitando seu fracasso e a sua incapacidade de alcançar objetivos e conquistas. O filho talvez reaja com outros sentimentos, que se oporão às preocupações e cobranças paternas, gerando conflitos que tencionarão as relações familiares por um longo período. Pouco a pouco, os familiares vão se habituando a viver sob um padrão de relacionamentos que se cristaliza e que pode gerar rótulos, prejulgamentos e estereótipos, dificultando mudanças a longo prazo. É um filho considerado “rebelde”, uma mãe “super-protetora”, um pai “hostil e exigente”, um irmão “invejoso e ciumento”, com pouca possibilidade de se mostrarem de maneira diferente um para o outro.

Quando um filho adoece e tem um surto psicótico, essas relações se tencionam progressivamente, tornando a convivência familiar mais difícil e estressante. A essa forma de relacionamento, através de padrões emocionais rígidos e negativos, que contribuem para aumentar o nível de sobrecarga emocional na família, chamamos de *emoção-expressada* (E.E.).

O alto nível de E.E. ocorre geralmente na presença de doenças graves e crônicas que interferem na maneira como familiares se relacionam. Ela não é exclusiva da esquizofrenia, podendo ocorrer em outros distúrbios psiquiátricos, como no transtorno bipolar, na dependência química e no alcoolismo, em

doenças como câncer, insuficiência renal crônica, AIDS, entre outras. Entretanto, é na esquizofrenia que a E.E. encontra maior relevância, pois ela não só contribui para o desgaste familiar, como também é capaz de influenciar o curso da doença, levando a um maior número de recaídas e internações.

Uma família com alto nível de E.E. precisa de orientação e tratamento, pois esse é um indício de que os seus membros estão se relacionando de maneira prejudicial, colocando em risco o tratamento do paciente e se expondo mais ao adoecimento psíquico e físico. Sintomas e doenças, como depressão, ansiedade, impulsividade, agressividade, hipertensão arterial sistêmica, infarto agudo do miocárdio, entre outras, estão associados com um maior nível de estresse.

Os tipos de emoções e sentimentos que compõem a E.E. podem ser distribuídos nos seguintes padrões emocionais:

- Hiperocrítica
- Superproteção
- Permissividade
- Hostilidade
- Superenvolvimento afetivo

Para fins de estudo e melhor compreensão desses padrões emocionais apresentados por familiares de esquizofrênicos, trataremos de cada um individualmente. Entretanto, é importante reforçar que em um mesmo familiar podem existir padrões distintos que se revezam, sendo comum encontrarmos mais de um no mesmo familiar.

6.1 HIPERCRÍTICA

O diálogo a seguir é de uma família composta por um pai, uma mãe e um filho único que adoeceu há poucos anos. A mãe, Ana, possui uma atitude mais enérgica com o filho Roberto, a ponto de criticá-lo por sua dependência e pela falta de atividades e de projetos de vida. A cobrança excessiva ou de maneira ríspida beira a hostilidade em alguns momentos. O pai, Carlos, assume um papel mais conciliador, tentando fazer um contraponto à mãe, procurando chamar sua atenção para os aspectos da doença e, em alguns momentos, tomando a frente do filho em tarefas que sua mãe cobra.

Ana – Carlos, acho que precisamos tomar uma atitude mais enérgica com Roberto.

Carlos – Mas por quê? Deixa o garoto em paz, Ana, não vê como ele fica estressado quando você vem com essa conversa?

Ana – Mas ocorre que já estou esgotada de tanto esperar que ele tome um rumo na vida! Está afetando meu trabalho, não tenho dormido direito, fico preocupada com o que será do futuro dele e do nosso!

Carlos – Fala baixo! Tem necessidade dele escutar nossa conversa?

Ana – Que saco! Você sempre defendendo ele, querendo poupá-lo da dureza da vida lá fora! O garoto depende de nós para tudo! Nem sequer se cuida direito. Tenho que mandar toda hora: faz isso, agora faz aquilo, cumprimenta seu tio, dá tchau, caramba, isso cansa, sabia?

Carlos – Você precisa aceitar que seu filho é doente, meu amor. Ele é assim, porque nasceu assim e pronto. Fazer o quê?

Ana – Você vive acostumando-o mal. Faz tudo pra ele. Se bobear o carrega nas costas. Assim ele nunca vai conseguir ser independente. E quando nós não estivermos mais aqui? Quem vai ser o guarda-costa, o faz-tudo?

Carlos – Ana, você já me encheu o saco com essa conversa! Temos pontos de vista diferentes, não adianta, não chegaremos a um consenso nunca!

Ana – Agora é você quem está gritando. Se eu não puder conversar sobre nosso filho com você, com quem mais poderei conversar?

No dia seguinte, à mesa do café.

Carlos – Bom dia, meu bem, como dormiu?

Ana – Mal.

Roberto – Bom dia, mãe, bom dia, pai.

Carlos – Bom dia, meu filho.

Ana fica em silêncio. Depois de alguns minutos...

Ana – Roberto, você vai hoje arrumar seu quarto e seu armário sem falta, aquele chiqueiro não vai ficar daquele jeito nem mais um dia, entendeu?

Roberto olha para baixo, calado.

Ana – E digo mais. Conversei ontem com seu pai e estamos cansados de você passar o dia em casa sem nada para fazer.

Roberto – Mas mãe, eu fico no computador ouvindo e baixando músicas, é o que eu gosto de fazer.

Ana – Mas isso não é vida, ninguém passa os anos de sua juventude trancado num quarto vendo as horas passar e sem fazer nada de útil! Vai arrumar algo para

fazer, arranjar amigos, namorar, sair... Não peço que você arrume um emprego, pois eu sei que isso será quase impossível!

Carlos – Ana, por favor, na hora do café da manhã?

Ana – Claro! Qual a melhor hora de falar? Nunca estamos reunidos se não é para comer. Tem anos que não viajamos, que não vamos a um cinema ou teatro, que só sabemos ficar pajeando um menino de 24 anos que deixou de crescer!

Roberto levanta-se subitamente e corre para o quarto, trancando-se. Carlos vai atrás.

Carlos – Meu filho, deixa-me entrar, quero conversar contigo. Dê um desconto para sua mãe, ela está nervosa.

Roberto destranca a porta do quarto. Carlos entra e se senta ao seu lado na cama.

Carlos – Dê um desconto, filho, sua mãe anda muito estressada com os problemas do trabalho. Papai vai te ajudar a arrumar o quarto. Vamos dar um jeito nesse guarda-roupa e depois nas gavetas da escrivaninha.

Carlos começa a arrumar o quarto de Roberto, enquanto ele, deitado em sua cama, o observa.

Ana chega até a porta do quarto.

Ana – Mas eu sabia que isso ia acontecer. Você, Carlos, não muda mesmo! Paparica esse menino até na hora em que ele recebe uma tarefa para fazer. Por isso é que ele fica desse jeito.

Carlos – Meu amor, deixa-me ajudar o menino. Não vou fazer nada agora pela manhã, não me custa nada ajudá-lo na arrumação do quarto.

Ana – Ajudar ou fazer por ele?

Roberto se levanta e vai, com a cara fechada, em direção ao pai para ajudá-lo.

Ana – Olha, vou sair daqui, senão enlouqueço com vocês dois. Estou farta dessa simbiose de vocês. Vocês têm que morar sozinhos! Só vocês se aturam!

Ana sai e bate a porta com força, deixando os dois se entreolhando no quarto.

Um ambiente familiar hipercrítico é causado por um ou mais membros que cobram exaustivamente do paciente um movimento de mudança da sua rotina, que o criticam pela ineficiência nas tarefas do dia a dia, pela incapacidade de se tornar independente e de arrumar um emprego e que não são capazes de reconhecer um pequeno avanço, pois mantêm expectativas muito elevadas. Esse é um padrão emocional frequentemente encontrado em familiares de esquizofrênicos, particularmente em pais e cuidadores, que convivem mais direta e intimamente com ele. Geralmente, isso deriva das expectativas que são depositadas ao longo dos anos e que são frustradas com o adoecimento de um filho.

Os pais não estão preparados para lidar com a ruptura que a esquizofrenia causa na vida da maioria das pessoas, muito menos quando a doença não produz sequelas físicas visíveis. É diferente de um filho deficiente físico que sofreu um acidente automobilístico e agora depende da família. Na esquizofrenia, por não existirem incapacidades físicas para o trabalho, estudos, vida social e afetiva, os pais têm grande dificuldade em compreender por que seus filhos não conseguem se aprumar na vida. Na maioria das vezes é mais fácil culpar o próprio paciente pelos seus fracassos do que aceitar que a doença lhe tirou a capacidade de crescimento e independência. Essa forma de encarar as dificuldades cotidianas dos pacientes é produto também do desconhecimento. As reações do familiar têm, em geral, boas intenções na sua origem, ou seja, tentar estimular e provocar o paciente para que ele seja mais ativo e capaz, mas, na prática, levam muitas vezes a desavenças. Isso também contribui para explicitar a diferença entre o paciente e as pessoas saudáveis, reduzindo mais sua autoestima e a motivação para as tarefas, isolando-o e dificultando sua socialização.

Os pacientes possuem, na sua maioria, a consciência de suas dificuldades e limitações. Isso é objeto de vergonha, baixa autoestima, tristeza e, algumas vezes, pode chegar à depressão. Alguns se ressentem pelas diferenças e por não serem capazes de levar uma vida independente e produtiva. Reforçar essas angústias em nada ajuda no resgate da autonomia e da qualidade de vida, possível em muitos casos. Os familiares devem, portanto, entender a apatia, o desânimo e o desinteresse, assim como as dificuldades cognitivas, como falta de atenção e memória, como produtos da doença e procurar ter uma postura mais respeitosa e colaborativa. Isso não significa ser condescendente com tudo, deixar de prover estímulos e ajuda no que for possível e factível.

Um ambiente carregado de críticas transforma, pouco a pouco, a maneira de as pessoas se relacionarem em casa. Existem famílias com alto grau de crítica que se acostumam a conviver sob esses estressores, com pessoas habituadas a criticar e a serem criticadas. Esse padrão se cristaliza e as emoções compartilhadas entre elas passam sempre pelo viés da crítica. Existem diversos estudos que sugerem que viver em uma família com alto grau de E.E. é fator de risco para vários transtornos psiquiátricos, inclusive depressão. Na esquizofrenia, conviver num ambiente hipercrítico pode significar a diferença entre a estabilidade e a recaída.

Ana e Carlos assumem posturas bem diferentes diante de Roberto. Ana cobra mais, é mais crítica e seu temperamento parece ser mais explosivo, de falar o que pensa. Carlos é mais pacato, tenta conciliar sempre que possível.

Por outro lado, faz além da conta e acaba contribuindo para a inércia do filho, quando, por exemplo, toma a iniciativa de arrumar seu armário, enquanto o filho o observa. Em ambas posturas existem vantagens e desvantagens, mas o embate entre eles acaba acontecendo pela irritação da mãe, que, insatisfeita com a realidade que vive, tenta provocar alguma mudança. O que existe de bom na atitude de Ana é a vontade de estimular seu filho a ser mais ativo. O que há de errado é a maneira como tem feito. O que existe de negativo na atitude de Carlos é seu conformismo com a doença, sua voluntariedade excessiva, a ponto de tomar a frente do filho nas tarefas. O lado positivo é de sempre tentar conciliar e resolver as coisas da forma mais amena possível. O resultado dessa dinâmica é extremamente desfavorável para Roberto e para a harmonia da casa. Além disso, é ruim para o relacionamento de Ana e Carlos. A mesma vontade inicial, de estímulo e mudança por parte de Ana e de conciliação e tranquilidade por parte de Carlos, poderia ser aproveitada sem que os lados negativos de ambos prevalecessem.

Primeiramente, Ana precisaria compreender a doença e seus diferentes aspectos, para acabar com certos preconceitos e falsos julgamentos que certamente possui. Precisa entender que seu filho tem uma dificuldade de ser diferente do que está sendo e que esse é o motivo principal da sua “diferença”. Carlos também precisa conhecer a esquizofrenia, perder o preconceito de que seu filho será eternamente ofuscado pelo diagnóstico e que, por isso, não poderá ter iniciativas próprias. Depois precisam refletir sobre como estão agindo com Roberto, ter autocrítica e pensar em como atuar de forma diferente. Ana precisa pedir “emprestado” a Carlos sua paciência, e Carlos deve “absorver” de Ana um pouco da sua inquietude diante do ostracismo. Ambos devem conversar e mudar suas atitudes, deixando de lado o orgulho e as mágoas passadas; precisarão de uma parcela grande de criatividade e de disposição para inovar; devem resgatar seu relacionamento enquanto marido e mulher, reservando momentos a sós, mas devem cuidar também de sua individualidade.

Tanto Ana como Carlos estavam insatisfeitos com a vida que levavam. Embora fosse mais fácil culpar Roberto, ambos admitiram depois que a frustração pessoal era maior do que a doença do filho. A esquizofrenia era inicialmente o fator de desestruturação, mas, com o passar dos anos e com o desgaste das relações familiares, ela era um pretexto para adiar uma transformação, que agora já não podia mais ser protelada. Cada um fez sua parte, primeiro mudando suas atitudes de vida. Ana passou a sair com as amigas, a cuidar melhor de si, indo

regularmente ao salão de beleza. Carlos voltou a reunir-se com os amigos e a jogar tênis. Ambos chegavam do trabalho mais dispostos e deixavam de descarregar em casa suas próprias insatisfações. A vida do casal também melhorou, passaram a ir ao cinema e ao teatro, voltaram a namorar e descobriram novas qualidades um no outro. Em família, fizeram o que desde que Roberto adoeceu não faziam: viajaram os três para o Nordeste e passaram 15 dias de férias. A melhora da qualidade de vida e das relações familiares transformou o ambiente em casa. Já não havia mais discussões à mesa, Roberto se aproximou mais da mãe e a doença, que antes era a grande culpada por todas as frustrações, agora era uma mera coadjuvante. Inclusive não dava o ar de sua graça há muitos meses, pois Roberto nunca esteve tão bem desde que adoecera.

Qual foi a forma mais adequada que Ana encontrou para agir com Roberto, então? Baixar o nível de críticas foi sua primeira atitude. Em segundo lugar, acostumou-se a engrandecer e valorizar atos menores de filho como feitos importantes. Anteriormente, ela colocava defeitos em tudo o que ele fazia, mas agora o elogiava quando ele ajudava em alguma tarefa de casa, numa ida ao supermercado ou mesmo quando tomava um bom banho. O mais importante, mas que também costuma ser o mais difícil para os familiares hipercríticos: mudou seu tom de voz, passou a escolher palavras mais suaves e carinhosas, aproximou-se afetuosamente do filho e criou um clima de amistosidade e companheirismo. Muitas vezes, para implantar mudanças tão profundas, é necessário mudar seus próprios hábitos. Olhar mais para si próprio, cuidar-se melhor, reservar um tempo para tratar do corpo e da beleza, para se divertir, namorar e ter prazer. O que frequentemente presenciamos são familiares desgostosos da vida que levam, insatisfeitos com o trabalho, com o casamento, com sua família, estafados e sem tempo para se dedicar ao que gostam. O resultado disso é uma grande insatisfação pessoal que resvala nas relações familiares, principalmente com aquele ente que dá trabalho e aborrece mais do que os outros. Portanto, a grande revolução é aquela que começa de dentro para fora, mudando sentimentos, preconceitos, estabelecendo metas pessoais, que resultam numa nova atitude perante aos demais. Em muitas famílias, a mudança de atitude em uma única pessoa é capaz de transformar o ambiente e as relações familiares.

6.2 SUPERPROTEÇÃO

Esse é outro padrão emocional encontrado em familiares de esquizofrênicos, principalmente em mães e pais. É caracterizado por uma preocupação exagerada em proteger o filho e cercá-lo de cuidados em relação a qualquer necessidade. Alguns hão de argumentar que essa atitude não existe somente em famílias com algum filho doente, mas acontece com certa frequência com filhos saudáveis.

A superproteção decorre de uma necessidade instintiva de proteger a pessoa amada e é percebida como frágil ou incapaz. Pode ser um filho que sofreu algum problema logo ao nascer, um que teve uma infância atribulada por problemas de saúde e que cresceu sob a redoma dos pais ou uma criança com dificuldade de aprendizado ou de relacionamento e que os pais sempre tentaram suprir suas carências respondendo prontamente às suas demandas. Na esquizofrenia, a superproteção é comum, pois muitas vezes os pacientes manifestam dificuldades sociais e acadêmicas anos antes de adoecerem, e já são criados sob um manto de superproteção antes mesmo do primeiro surto. O adoecimento só vem a confirmar a fragilidade e a necessidade de cuidados, fortalecendo esse padrão emocional.

Miguel tinha 15 anos quando adoeceu, mas Carina conta que desde a infância percebia o filho como uma criança diferente. “Ele parecia frágil, delicado, se assustava com qualquer coisa, tinha medo dos coleguinhas e mal conseguia brincar com eles.” Ela é uma mãe muito dedicada, sempre acompanha seu filho às consultas, supervisiona a tomada das medicações, preocupa-se em passar tudo o que acontece para o médico. Miguel tem hoje 35 anos, mas a dedicação e o envolvimento de Carina continuam os mesmos. Ele fica irritado e muitas vezes é grosseiro com a mãe quando ela se intromete em sua vida. O diálogo abaixo aconteceu no consultório médico e exemplifica bem as situações que despertam raiva em Miguel.

Médico – Olá, Miguel, como vai?

Miguel – Vou bem doutor, apenas com um pouco mais de dificuldade para dormir.

Carina – Miguel, você não tem estado ansioso durante o dia? Às vezes briga comigo e fica irritado com qualquer coisa que eu falo!

Miguel – Mãe, é que fico de saco cheio de você atrás de mim o tempo todo. Doutor, a ocupação de minha mãe tem sido cuidar de mim 24 horas por dia. Ela não faz outra coisa. Se estiver no quarto, entra de meia em meia hora para bisbilhotar o

que estou fazendo. Quer saber com quem falo no computador, com quem converso no telefone. Se sair, precisa saber aonde vou, com quem e a que horas vou voltar. Já sou um adulto!

Carina – Mas meu filho, fico preocupada! O mundo anda muito violento, as pessoas são mal-intencionadas, tenho medo de você se envolver com pessoa errada! Doutor, não adianta, Miguel nunca vai entender minha preocupação de mãe. Qualquer mãe ficaria em pânico se um filho seu falasse ao computador sabe-se lá com quem ou se saísse com pessoas estranhas, não acha?

Médico – Carina, mas onde Miguel tem ido?

Miguel – É mãe, aonde vou? Quase não saio de casa, se saio é para dar uma volta e meia hora depois retorno! Doutor, minha mãe fica arrumando pretexto para entrar no meu quarto, por isso é que me irrita com ela. Ela entra para guardar uma camisa no guarda-roupa, meia hora depois uma calça, uma hora depois entra para me levar um lanche. Não consigo ficar sequer duas horas sozinho! Se sair, é com quem você vai, onde o conheceu, vai mais alguém, leva o celular e me liga quando chegar... Isso se ela não me ligar antes para saber se está tudo bem. Se estiver no telefone, depois começa o interrogatório sobre com quem estou falando. Isso me deixa furioso!

Carina – Doutor, Miguel sempre foi muito bobo, é de embarcar na conversa dos outros...

Miguel interrompe, elevando o tom de voz.

Miguel – Mãe, a consulta é minha, eu sei o que está se passando comigo. Para com essa mania de querer ser a dona da verdade!

Carina – Tá vendo doutor? É desse jeito que ele me trata! É um ingrato, não percebe que vivo por ele, que faço tudo que posso para agradá-lo e que ele tem tudo na mão!

Carina não consegue relaxar se não estiver perto de Miguel ou se não souber previamente seus passos. Ela entra num estado de angústia, que faz com que ela o procure sempre para ver o que ele está fazendo. O estado de angústia só passa quando ela se certifica de que está tudo bem. Essa é uma necessidade mais de Carina do que de Miguel, embora ela justifique ser pela ingenuidade de Miguel que o protege. O sonho de Carina, poder estar sempre ao lado de Miguel para protegê-lo, é o maior dos pesadelos de Miguel, ter uma mãe controladora e que lhe tolhe a liberdade aos 35 anos de idade. A boa vontade de Carina acaba criando um obstáculo à boa convivência de ambos. Incapazes de resolver esse conflito sozinhos, desentendem-se e partem para hostilidades.

Cada entrada da mãe em seu quarto passa a ter a intenção de provocação ou bisbilhotagem, embora muitas vezes ela tenha motivos concretos para entrar que não pela curiosidade em saber da vida do filho. Cada pergunta se torna capciosa, interpretada por ele como forma de cercear sua liberdade, quando de fato a mãe pode ter a intenção apenas de conversar.

Mas esse conflito não foi criado por nenhum deles isoladamente. Eles têm uma história, onde as dificuldades e limitações de Miguel e as preocupações de Carina ao longo de suas vidas influenciaram sobremaneira a forma como eles se relacionam. A doença de Miguel só veio reforçar um padrão de relacionamento preexistente.

A superproteção está associada ao superenvolvimento afetivo da parte que protege, no caso exemplificado, da mãe. Esse envolvimento excessivo faz com que a pessoa abdique de coisas importantes de sua vida e, aos poucos, se anule pela outra. Como Carina mesmo reconheceu na consulta médica, ela “vive pelo seu filho”. Esse comentário, apesar de num primeiro momento despertar um sentimento de dedicação e amor, traz uma carga muito forte de autossacrifício. Ninguém pode abrir mão de seus sonhos e desejos por outra pessoa, sem que isso traga frustração e uma grande insatisfação com sua própria vida. Por outro lado, aos ouvidos de quem é o alvo desta superproteção o comentário soa mal, como se a pessoa estivesse cobrando a fatura por toda essa dedicação. Além do mais, responsabiliza o outro pela insatisfação alheia, como se não coubesse a cada um lutar pela sua própria felicidade. É comum encontrarmos uma reação de irritação ou hostilidade frente às atitudes superprotetoras. Isso pode ser entendido como um pedido de tempo, para que se possa ficar mais livre da sobrecarga emocional que lhe está sendo imposta. O familiar deve respeitar esse tempo e aproveitar para rever suas atitudes e refletir melhor sobre suas prioridades, preocupando-se mais consigo próprio, diminuindo a sobrecarga emocional e direcionando mais energia para seus objetivos e desejos.

Carina teve muita dificuldade em aceitar que suas atitudes, apesar do intuito nobre de cuidar e proteger, despertassem em Miguel tanta raiva e que isso pudesse prejudicá-lo no tratamento e no curso de sua doença. Era um grande desafio desvencilhar-se das preocupações que já faziam parte de sua vida, abrir mão da necessidade de saber de tudo que se passava com ele. Carina vem se esforçando muito, se polícia para não entrar em seu quarto repetidas vezes, procura ser menos incisiva nas perguntas e a respeitar a individualidade do filho. Ela sabe como é difícil. Um passo importante foi buscar alguma atividade externa para se

envolver, uma tentativa de mudar o foco de suas preocupações. Descobriu uma vocação que sequer sabia que tinha: a música. Resolveu retomar o estudo do violino, voltou a fazer aulas regulares e conseguiu participar de uma orquestra da empresa onde trabalha. Atualmente tem ensaios semanais e estuda em casa. Costuma tocar para o filho e diz que isso os aproximou mais, diminuindo os desentendimentos entre eles. Miguel, por sua vez, está mais tranquilo, já não se aborrece tanto com as investidas da mãe, agora bem menos frequentes e mais pertinentes. Ele também procurou se envolver mais em atividades, já sai mais de casa, aceitou frequentar a academia e pensa em fazer um curso de computação.

6.3 PERMISSIVIDADE

Alguns familiares tornam-se permissivos demais, chegando a ponto de serem negligentes. A permissividade é outro padrão emocional presente em familiares de esquizofrênicos. Geralmente, ela decorre de duas razões principais: provém do medo de que o paciente possa ter uma crise ou uma reação inesperada se for contrariado ou se lhe impuserem limites e regras, ou pode ser resultado do cansaço, quando o familiar desiste de se impor, por não ver resultados em suas investidas. A segunda razão costuma ser mais comum, pois muitos com um padrão emocional de permissividade já foram mais participativos no passado, mas fracassaram e viram o relacionamento com seu paciente piorando progressivamente. Nesses casos, o padrão emocional anterior era mais comumente o de hipercrítica ou de superproteção, padrões que vimos serem inadequados para a convivência de longo prazo.

Os limites e o respeito às regras da casa são condições *sine qua non* para uma convivência familiar harmônica e respeitosa. O paciente muitas vezes desrespeita regras ou altera a rotina da casa por sintomas da própria doença, como desorganização e rigidez em relação a determinados hábitos. Como impor limites a um paciente que fuma na sala ou na presença de outro familiar, a outro que mantém seu quarto em péssimas condições de higiene e organização e proíbe a entrada dos demais? Esse desafio e a maneira de convencê-lo a respeitar regras básicas de convivência é muitas vezes objeto de discórdia e muitos familiares acabam cedendo e deixando de impor respeito. Com isso, o paciente passa a ter mais espaço para atuar livremente. Como a esquizofrenia é uma doença crônica e que pode evoluir progressivamente para uma deterioração do comportamento, essa permissividade em nada contribui para sua reabilitação. Muito

pelo contrário, enraíza determinados hábitos, comportamentos e emoções que dificultam cada vez mais a retomada de um nível anterior mais preservado de funcionamento. A falta de estímulos, inclusive em relação às regras básicas de convivência, contribui para a cronificação dos sintomas negativos e dos cognitivos, que finalmente comprometem o comportamento e a autonomia, sobrecarregando ainda mais a família.

O medo é um aspecto que costuma ser subestimado pelos familiares. Muitos têm receio de impor limites ou expressar sua reprovação diante de alguma atitude inadequada do paciente, porque temem pela sua reação. Principalmente nos casos em que há histórico de agressões físicas ou graves ameaças à integridade de terceiros, a permissividade pode encobrir o temor de desencadear um episódio mais grave de violência. Nesses casos, familiares tornam-se mais omissos e se distanciam do paciente, restringindo o contato com ele. Em algumas famílias com passado de violência física, nota-se que o paciente passa a maior parte do tempo isolado e que o contato com os demais se dá quase exclusivamente sob o tom de ameaças e hostilidades. Frequentemente a recíproca é verdadeira, ou seja, familiares também costumam se dirigir a ele de maneira agressiva. Esse ciclo vicioso faz com que as hostilidades e agressões sejam parte do relacionamento familiar e impeçam transformações na forma de se relacionarem. A frieza, o distanciamento afetivo e a indiferença não ocorrem exclusivamente da parte do paciente, mas encontram correspondência por parte de seus familiares. Quando entrevistamos famílias que se queixam dos episódios de violência, propomos uma reflexão: ocorrem agressões da parte do familiar que possam reforçar uma atitude hostil da parte do paciente? Sabemos que existem alguns que são hostis e agressivos, que tornam a convivência muito difícil. Contudo, a possibilidade de melhorar a relação está mais nas mãos do familiar do que nas do paciente. Ele precisa mudar as atitudes mais hostis e substituí-las por medidas mais conciliadoras, procurando resolver os conflitos de forma pacífica. Essa iniciativa por si só poderá produzir mudanças no comportamento do paciente, que tenderá a reagir de maneira menos hostil à medida que encontra maior receptividade da outra parte. Isso pode também reaproximá-los. Muitos se esquecem da doença nessas horas e esperam que os pacientes tomem a iniciativa de reconciliação, quando, na verdade, a própria doença pode dificultar isso.

A família de Lucas demorou a encontrar uma saída para a violência em casa. Seu pai, Jobson, já não queria saber mais do garoto. Quando se referia a ele, era como “vagabundo”, “imprestável” e “encostado”. A mãe, Doralice,

cansou de separar brigas entre os dois. Jobson sempre foi muito rigoroso com os filhos e não compreendia a doença de Lucas. A irmã mais nova, Mônica, tinha verdadeiro pavor do irmão e se trancava em seu quarto quando as brigas começavam. Ela dizia que tinha pesadelos com ele entrando no seu quarto e a enforcando, embora ele nunca a tivesse ameaçado. Ela dormia com a porta do quarto trancada, procurava evitar cruzar com o irmão em casa e pouco se falavam. Doralice era a única que mais se aproximava e por quem Lucas ainda tinha algum respeito. Apesar disso, ele já tinha agredido a mãe algumas vezes. Jobson chamava-o de covarde e o provocava quando percebia nele ameaças contra a mãe. Lucas não tinha limites, podia entrar e sair de casa quando quisesse, não dava satisfações aos pais e eles mal sabiam o que ele fazia na rua. Mais tarde, descobriram que Lucas vinha usando drogas com a turma do prédio. Tentaram, em vão, convencê-lo a não se envolver com aquele grupo. Mas Lucas já não respeitava nada do que viesse de seus pais. O relacionamento dessa família estava muito desgastado. Lucas claramente isolado, reagindo agressivamente e sendo também hostilizado pelos familiares, particularmente o pai. Já não existiam trocas de carinho. Conversando com os pais e a irmã isoladamente, percebia-se que o relacionamento entre eles também estava doente. Jobson e Doralice não tinham mais momentos juntos. Mônica quase não parava em casa, pois fazia faculdade e, no pouco tempo em casa, isolava-se em seu quarto. O relacionamento dela com seus pais também era distante. Eles pouco sabiam um da vida do outro.

É difícil remontar a história familiar para compreender como se desenrolou esse processo, mas todos os três atribuíram à doença de Lucas a fragmentação familiar. Quem é o culpado pela situação, na verdade, pouco importa. Certamente a culpa recairá sobre o filho doente, a peça mais frágil desse quebra-cabeça. Contudo, ao ponto que chegaram, cada um tem sua parcela de culpa, ou melhor, de contribuição para o processo de desgaste, tanto que todas as relações, mesmo aquelas entre as pessoas presumivelmente sãs, estão comprometidas. Preferimos evitar a palavra *culpa*, pois de fato ninguém é culpado por essa situação. Falamos em contribuição, pois cada um, com seu temperamento, suas virtudes e defeitos, contribuiu para que a convivência familiar chegasse a esse ponto. A esquizofrenia certamente foi um dos fatores, mas não nos esqueçamos de que, em muitas famílias, o padrão de relacionamento já não era bom muito tempo antes do aparecimento da doença. Portanto, outros aspectos individuais estão envolvidos e precisam ser analisados.

No caso de Lucas, sua família nunca tinha sido unida. Segundo Doralice, Jobson trabalhava muito e nunca teve muito tempo para ficar com as crianças. Lucas cresceu sem que o pai fosse a uma festa da escola e ela acredita que esse distanciamento possa ter reflexo na relação atual. Por outro lado, Jobson queixa-se do filho ter sido muito mimado e superprotegido por Doralice, que ela “criou um filho diferente do que ele imaginava”. O filho cresceu “diferente” do pai, não se enturmava, não gostava de esportes, não arrumava namoradas e houve época em que o pai desconfiasse da masculinidade do filho. Jobson nunca compreendeu que essas características da personalidade de Lucas pudessem refletir sintomas precoces da doença, mesmo porque nunca teve acesso a essas informações. A irmã também sofreu com o distanciamento do pai e sentia a diferença de tratamento por parte da mãe em relação ao irmão. Ela sempre teve ciúmes do irmão e afirma que, após seu adoecimento, ele se tornou um “monstro” para ela, não conseguia mais se aproximar dele. Guarda mágoas do pai e de sua mãe, por considerar que nunca tenha tido a atenção que merecia. Lucas refere-se ao pai como um “troglodita”, sempre muito agressivo com ele. Doralice conta que, numa crise, Lucas foi muito violento com o pai e dizia que Jobson ficava falando dele para as outras pessoas, difamando-o e afirmando que ele era *gay*.

O relacionamento familiar sempre interferiu muito na doença de Lucas. Ele raramente estava bem, apesar das altas doses de medicação. Sempre aprontava alguma, como da vez em que se meteu com a “galera” do prédio e se envolveu com drogas. Mantinha delírios e alucinações mesmo após as crises e, segundo a mãe, nunca ficou tranquilo ao longo desses 6 anos de doença. Já esteve internado 8 vezes, sendo necessária, algumas vezes, a ajuda de bombeiros, pois eram frequentes os episódios de violência. O pai era um vilão para Lucas, desde que ele adoecera, e já não existia mais relacionamento entre eles e ambos se evitavam.

A permissividade na família, nesse caso, tem diferentes origens. O pai apresenta uma dificuldade de relacionamento com o filho desde que ele era criança. Incomodavam-lhe aspectos da personalidade e do temperamento de Lucas, que eram diferentes daquilo com que o pai sonhava. Sua suspeita em relação à sexualidade do filho e a dificuldade em aceitar essa possibilidade pode ter relação com as alucinações que Lucas apresenta quando está em crise, de que seu pai fica falando para os outros que ele é *gay*. O distanciamento e a hostilidade fazem do pai um vilão e ajudam a incluí-lo na temática delirante do filho, que vê nele uma ameaça e não mais um aliado. Como Lucas passa a maior parte do tempo com sintomas residuais da doença, isso dificulta ainda mais a reaproxi-

mação entre eles. Esse distanciamento provocou essa atitude de permissividade da parte do pai, como se ele não estivesse disponível para cuidar e amparar o filho naquilo que fosse necessário, ainda que isso lhe trouxesse aborrecimentos. Doralice parece ter sido uma mãe mais atenciosa e cuidadosa, mas atualmente também não consegue impor limites ao filho. É possível que ela tenha esgotado suas energias ou que tenha se frustrado, percebendo ser a única na família que de fato tenta cuidar de Lucas. Diante da omissão de Jobson e Mônica, a tarefa de dar limites e de estimular o filho a ter um melhor comportamento parece ser humanamente impossível. Ela precisa de ajuda! A família precisa de auxílio para resgatar o amor e o prazer do convívio familiar.

A permissividade, portanto, pode camuflar uma omissão velada ou uma dificuldade do familiar de entrar em contato mais direto com o paciente, envolvendo-se afetivamente nas questões da sua vida. Um maior envolvimento pode produzir mais ou menos desgaste, dependendo da particularidade de cada caso, mas certamente propiciará mais encontros entre os familiares, aumentando as chances de acertos e reaproximações.

No caso de Lucas, a história ainda está longe de um final feliz. Existem muitas barreiras pessoais da parte de seus familiares que precisam ser vencidas e sua doença, por outro lado, dificulta a reaproximação de seu pai e de sua irmã. Lucas precisaria do apoio familiar e de um clima favorável para que seu quadro melhorasse.

6.4 HOSTILIDADE

Um ambiente familiar hostil é aquele em que ocorrem, com frequência, agressões e ofensas entre seus membros. Ele pode ser consequência de um padrão de relacionamento hipercrítico, superprotetor ou permissivo, como vimos. A hostilidade ocorre da parte do paciente e de seus familiares, sendo geralmente uma via de mão dupla, ou seja, pacientes e familiares contribuem igualmente para a instalação do clima hostil, não sendo justo atribuímos sua causa exclusivamente à esquizofrenia.

Na maioria das vezes, familiares acusam os pacientes de iniciarem as agressões físicas ou as ofensas verbais motivados por alguma situação de estresse, geralmente quando ela envolve uma frustração. De fato, esquizofrênicos podem comportar-se de forma mais explosiva, controlando pior seus impulsos e emoções, mesmo porque um dos principais sintomas da doença está na maneira

de eles expressarem e moldarem sua afetividade. Contudo, familiares pouco se dão conta de suas próprias atitudes nas situações que desencadearam as reações agressivas. Muitas vezes o tom de voz, os gestos, o que e de que forma foi falado ao paciente não estavam adequados e podem ter despertado raiva ou desconfiança. Vejamos alguns exemplos:

Exemplo 1: Durante a crise psicótica

Rafael está em crise, sentindo-se perseguido e muito ameaçado por bandidos que falam em seus ouvidos que vão sequestrá-lo e torturá-lo até a morte. Essa é uma situação delicada, em que sintomas positivos interferem no seu julgamento da realidade e em seus comportamentos. Ele está visivelmente acuado, com muito medo, solicitando a proteção constante dos seus familiares, pedindo insistentemente que seu pai avise a polícia e troque os segredos da chave de casa. O pai, diante dessa situação inusitada, reluta em cooperar e se nega veementemente a ligar para a polícia ou a chamar o chaveiro. Vamos comparar dois diálogos possíveis:

Diálogo 1

Mário, elevando o tom de voz – Rafael, eu já pedi para que você parasse com isso. Não tem bandido nenhum, que coisa!

Rafael, gritando mais que o pai – Você não acredita em mim, ninguém quer me ajudar! Terei que resolver tudo do meu jeito!

Mário, perdendo a paciência – Garoto, não me enche, senão vou acabar te internando e vou deixar você no hospital um bom tempo para ver se você aprende!

Rafael levanta-se e vai a direção ao pai, passa ao lado de um vaso sobre a mesa da sala de estar e atira-o no chão. Depois vai para o seu quarto e fica trancado, falando sozinho.

Diálogo 2

Mário, em tom ameno – Meu filho, estou aqui para protegê-lo. Imagino o sofrimento pelo qual você está passando, mas não posso ligar para a polícia, senão as coisas podem piorar.

Rafael, visivelmente ansioso – Mas pai, essa é minha única saída, eles estão vindo me pegar!

Mário, mantendo a paciência – Não vou deixar filho! Confie em mim. Agora, você precisa me ajudar, precisa aceitar o tratamento, você anda muito nervoso, precisa se acalmar.

Rafael, insistindo – Pai, não é disso que eu preciso, você não está acreditando em mim!

Mário, com a voz ainda serena, mas firme, aproxima-se de Rafael e o abraça – Rafa, eu acredito em você, filho. Estou muito triste por tudo o que está acontecendo. Quero muito ajudá-lo, mas me sinto impotente diante de tudo isso. Eu, você, sua mãe, precisamos de ajuda. Todos precisamos nos ajudar para que nada de ruim te aconteça.

Rafael se abraça com o pai e chora bastante em seu ombro.

Vemos dois desfechos diferentes. No primeiro diálogo, Rafael logo se irrita, fica agressivo, derruba propositalmente um vaso no chão e se tranca no quarto, falando sozinho, possivelmente em resposta às alucinações que ouve. No segundo, apesar da dificuldade em aceitar o que o pai fala, permite que ele se aproxime, abraça-o e desabafa em seu ombro. Se Mário contar o que aconteceu no primeiro diálogo, dificilmente saberemos dos sentimentos expressados que levaram a esse desfecho e provavelmente vamos dar razão a ele diante da atitude intempestiva do filho. Mas se presenciarmos a cena e observarmos a emoção que Mário deixa transparecer, entenderemos um pouco melhor a reação de Rafael, ainda que não possamos dar-lhe razão, por ter perdido o controle.

O tom de voz, a maneira de falar, a postura e os gestos que utilizamos são conjugados ao que dizemos para que alguém possa avaliar o sentimento que existe em nós. Se sentirmos raiva, os olhos se arregalam, a testa enrugam, os lábios se protraem, a voz sai em alto tom, de maneira ríspida e seca, e a pessoa facilmente compreende nosso sentimento naquela hora. Se, apesar da raiva, deixarmos transparecer calma, sem alterar muito o tom de voz, e utilizarmos palavras mais carinhosas, evitando gestos bruscos e violentos, dificilmente a outra pessoa notará um sentimento negativo. Aliado ao sentimento de amor e compaixão, fundamentais para aumentarmos o nível de tolerância e paciência, essa é a maneira mais adequada de lidar com uma pessoa em crise. Como observamos no segundo diálogo, sem concordar com o filho, Mário consegue reconfortá-lo, aproximando-se com um abraço, de seu sofrimento. Ele se utiliza de palavras carinhosas, como “meu filho” e “Rafa”, admite com sinceridade sua

impotência diante do problema do filho e pede humildemente ajuda. Percebemos claramente a diferença entre os dois diálogos e compreendemos melhor os desfechos em cada uma das situações quando valorizamos os sinais mais subjetivos.

Alguns podem argumentar que agir calmamente em todas as situações, quando na realidade existe um furor dentro de si, é humanamente impossível. Concordamos que em algumas situações seja muito difícil agir desta forma. Porém, o que constatamos é que a maioria dos familiares se acostuma a reagir de uma forma e perde a capacidade de refletir a respeito de suas atitudes em situações diversas, transmitindo raiva desnecessária e inapropriadamente e cristalizando um padrão mais hostil de interação com seus pacientes. Policiar-se na maneira de reagir em situações cotidianas é um bom começo. Contar até três antes de perder a cabeça também o é.

Exemplo 2: Após a crise psicótica

Rafael melhorou dos sintomas positivos, não mais apresenta delírios ou alucinações. Passa a maior parte do tempo ocioso, em casa. Não faz atividades físicas, come muito e está ganhando peso. Fuma desbragadamente e não atende aos pedidos de não fumar em casa.

Diálogo 1

Mário chama Rafael para uma conversa – Rafael, não quero que você fume mais em casa. Você também precisa sair um pouco, a empregada não consegue arrumar a casa direito com você atrapalhando tudo. Veja como você está gordo. Vai acabar diabético como sua avó! Vê se faz algo de útil!

Rafael escuta e depois dá as costas, sem falar nada.

Mário grita – Rafael, você ouviu! A partir de hoje será assim ou então vá morar sozinho!

Diálogo 2

Mário chama Rafael para uma conversa – Rafa, meu filho, precisamos conversar sobre algumas coisas. Primeiramente, gostaria que você não mais fumasse em casa. Sua mãe é alérgica e está se sentindo mal com a fumaça. Por que não aproveita o dia e não sai de casa para uma caminhada. Você pode fumar seu cigarro na rua.

Rafael escuta o pai, apesar da cara de poucos amigos – Está bom, o que mais?

Mário continua, com calma – Eu sei filho que é chato, que você não está gostando desse papo, mas quando se mora com outras pessoas, existem regras a serem respeitadas. Papai não respeita seu espaço? Eu fico entrando no seu quarto, fazendo barulho quando você está assistindo seu programa favorito?

Rafael – Não!

Mário – Então, Rafa, não é legal sentir que está incomodando outras pessoas. Para sermos respeitados, é necessário antes de tudo respeitar o próximo. Outra coisa que queria conversar contigo, é que você pense numa atividade que goste, algum exercício, um esporte ou outra atividade, para que você possa sair mais de casa. Papai te ajuda, se for o caso.

Rafael, um pouco irritado – Mas que coisa! Vocês querem mudar minha vida toda! Eu gosto do jeito que está.

Mário – Não quero que você dê uma resposta agora sobre as atividades do seu interesse. Você pode pensar com calma, depois voltamos a falar a respeito. Agora te peço apenas para deixar de fumar em casa, está bom?

Notem como nos dois exemplos o segundo diálogo é mais longo do que o primeiro. Conversar com calma, dando espaço para que o paciente se manifeste, dá muito mais trabalho e leva muito mais tempo. O paciente precisa, além de palavras amenas e carinhosas, de um diálogo com *feedback*, ou seja, é necessário verificar se ele está compreendendo aquilo que está sendo pedido. Também é importante ouvir se o que está sendo solicitado o agrada ou desagrada e estar aberto a alternativas e sugestões. Mudar hábitos e comportamentos que possam ter influência da doença, como os sintomas negativos e cognitivos, requer paciência e persistência. Nos dois diálogos do segundo exemplo, Mário pode ter dificuldade para estimular o filho a fumar fora de casa e a se ocupar com alguma atividade, mas certamente a dificuldade será maior no primeiro do que no segundo diálogo. Abordar aos poucos questões de maior dificuldade para o paciente também é recomendado, pois solicitar tudo ao mesmo tempo pode stressá-lo, precipitando uma reação mais hostil, ou fazer com que ele não cumpra nada.

A hostilidade, portanto, pode estar na maneira de falar, no tom de voz, nas palavras escolhidas, nos gestos e expressões faciais e na intenção do diálogo, provocando no paciente uma reação mais contundente. Muitas situações de estresse podem ser evitadas tomando cuidado com a forma de dizer as coisas,

aproximando-se de maneira compreensiva e sujeito a ouvir e ser mais flexível em determinadas questões. Quando o paciente está mais irritado ou explosivo, essa mudança de atitude da parte do familiar pode significar a diferença entre a cooperação e um ato mais violento.

6.5 SUPERENVOLVIMENTO AFETIVO

Alguns familiares não apresentam um padrão de comportamento emocional definido como hipercrítico, superprotetor ou permissivo, mas têm um envolvimento afetivo exagerado, com alto grau de neuroticismo.

Neuroticismo vem do inglês *neuroticism*, que significa, numa linguagem popular, alto grau de neurose. O termo *neurose* caiu em desuso no meio médico, depois que a psiquiatria o banuiu de seu sistema diagnóstico enquanto denominação para diferentes transtornos de humor e de ansiedade (p. ex. neurose depressiva, neurose ansiosa, neurose obsessiva, etc.). Contudo, o termo neuroticismo é útil para definir características de personalidade que predispoem indivíduos a experimentar com maior frequência sentimentos como ansiedade, raiva, culpa e depressão. Ele pode ser definido como uma tendência recorrente ou persistente de ter experiências emocionais negativas por maior vulnerabilidade individual ao estresse e por interpretações catastróficas de fatos cotidianos comuns, avaliando situações corriqueiras como ameaçadoras e frustrações menores como dificuldades intransponíveis. Esses indivíduos estão sob um risco maior de adoecimento psíquico, sendo acometidos por depressão, transtornos de ansiedade, fobia, entre outras.

Na prática, vemos muitos familiares de esquizofrênicos adoecidos psicicamente. A síndrome mais comum é a depressão, seguida da ansiedade. A maioria não aceita o fato de estar doente e de necessitar de ajuda e tratamento, muitas vezes demorando a procurar um especialista, deixando que os sintomas, seus hábitos e comportamentos cronifiquem. Isso acaba se transformando num obstáculo a mais para a boa convivência familiar.

Uma característica central nesses casos é atribuir ao paciente e à esquizofrenia a causa de seu padecimento, quando, na verdade, vários outros aspectos pessoais podem estar envolvidos. A atitude de culpar o outro não aparece sempre na forma de acusação ou ofensa direta, mas muitas vezes recebe uma roupagem de autossacrifício, como pode ser observado no próximo diálogo.

Vilma, aos gritos – Sandro, quantas vezes te peço para tomar banho dentro do box e se secar antes de sair? Olha a bagunça que você fez, encharcou o banheiro todo, molhou todas as toalhas, assim não dá! Tenho que secar o banheiro todo o santo dia? Por isso que fico com dores na coluna, toda escangalhada, de cama por sua culpa!

Sandro – Desculpa mãe, mas não fui eu!

Vilma, indignada – Mas como que não? Quem foi então? Um duende?

Sandro, tentando convencê-la – São meus amiguinhos, que me visitam quando estou tomando banho e jogam água para todo o canto!

Vilma, com a voz embargada e quase chorando – Não vê que faço tudo por você? Vivo exclusivamente para você, não trabalho, não saio, não vou a um cinema, a um teatro! Estou adoecendo, você está me deixando louca, assim não vou aguentar mais! Tenho vontade de sumir!

Sandro fica olhando sua mãe, paralisado e sem reação.

Sandro ainda é um jovem rapaz de 17 anos. Adoeceu cedo, aos 12 anos. Tem esquizofrenia desorganizada e seu comportamento é regredido e pueril. Costuma dizer que tem amigos que o visitam, apesar de sua mãe nunca tê-los visto. A desorganização durante o banho sempre foi um problema, tanto que sua mãe muitas vezes optava por dar banho nele para que ele não encharcasse o banheiro e não molhasse tantas toalhas. Vilma sempre se queixou muito do trabalho que o filho dá e demonstra claros sinais de sofrimento. Abdicou de seu segundo casamento por causa dele, que não se adaptava ao convívio com o padrasto. É uma mulher sozinha, tem poucas amigas e não costuma sair para se divertir. Tem uma filha mais velha, já casada e com filhos, que não dá nenhuma assistência ao irmão.

Aos 16 anos, Sandro fugiu de casa pela primeira vez, passando uma semana vagando pelas ruas da cidade. Dizia na época que queria “fugir dos problemas”, claramente em referência ao clima pesado em casa. Vilma entrou em desespero, espalhou cartazes pelos hospitais e delegacias, reuniu alguns amigos e familiares para procurarem-no pelas redondezas. Sandro reapareceu em casa sozinho, em péssimas condições de higiene, confuso e bastante desorganizado, pois ficou mais de sete dias sem os medicamentos. Felizmente nada tinha acontecido à sua integridade e gozava de boa saúde física.

A fala de Vilma é comum entre familiares de pacientes que se sentem sobrecarregados pelo trabalho que é cuidar de alguém com esquizofrenia. Principalmente se toda a sobrecarga é concentrada num único familiar, seja por ser

ele a única pessoa disponível ou a única que se preocupa com o paciente. Existe um sentimento grande de fadiga e sensação de que será vencido pelo cansaço, frustrando-se por não ver resultados imediatos ou avanços concretos. Esse cuidado muitas vezes leva o familiar a abrir mão de projetos e desejos pessoais, o que contribui para aumentar a sensação de fracasso e derrota. “Faço tudo por ele, abro mão das minhas coisas, dos meus sonhos, não saio, não vou a bares, cinemas ou teatros, não sei o que é me divertir há anos e, mesmo assim, dá tudo errado!” Ninguém pode abrir mão de sua felicidade e se sacrificar tanto pelo outro a ponto de se anular, sem que isso traga algum grau de sofrimento e repercuta no relacionamento entre eles. E essa, embora alguns possam argumentar o contrário, nem sempre é a única opção, mas envolve em algum nível uma escolha pessoal.

Por que alguns familiares conseguem reservar tempo para si próprios e outros são tão sobrecarregados a ponto de não terem tempo para mais nada? A gravidade da doença e o grau de limitação do paciente poderia ser um diferencial, mas existem familiares de pacientes graves que conseguem dividir seu tempo e outros de pacientes menos graves que alegam não terem tempo de sobra. A resposta para essa pergunta é que existem familiares que se sacrificam mais e que se envolvem de forma exagerada, abdicando dos seus desejos pessoais. Esse grau de autossacrifício envolve aspectos da personalidade e do temperamento do familiar, que interagem com o paciente e sua doença, gerando desgaste e sofrimento. Em muitos casos, quando o familiar passa a reservar um tempo para cuidar de si e se divertir, essa sobrecarga se reduz em até 50 %, aliviando consideravelmente as tensões do relacionamento.

E para o paciente, como será ouvir repetidamente que a outra pessoa se sacrifica tanto por ele em vão? Ou que ele é o culpado pelo sofrimento e pela infelicidade alheia? Como se não bastasse o sofrimento de sua própria doença, alguns ainda têm que suportar a culpa atribuída pelo outro. O resultado é o desgaste e o afastamento e reações, como a de Sandro, não são raras. A fuga pode ser uma forma de deixar para trás o peso depositado em seus ombros. A fuga pode não ser concreta, mas abstrata, fechando-se progressivamente mais para o contato com o outro. Ou então, o superenvolvimento afetivo pode produzir hostilidade e agressividade pelo acúmulo de estresse.

Vilma foi, após indicação nossa e insistência de sua família, a um psiquiatra e foi constatado que ela estava sofrendo de um quadro depressivo. Ela iniciou o tratamento e procurou uma psicoterapia. Hoje, tem melhor autocritica e já

compreende que seu estado emocional vinha interferindo em suas relações familiares e com a doença de seu filho. Está procurando melhorar suas atitudes, embora esteja enfrentando dificuldades, por sua própria resistência em agir de modo diferente após muitos anos. Sandro não mais fugiu de casa, seu comportamento está visivelmente melhor segundo seus familiares, embora continue molhando todo o banheiro quando vai tomar banho.

6.6 LIDANDO COM A NEGAÇÃO DA DOENÇA E DO TRATAMENTO

Esse é um tema que aflige a maioria das famílias que convivem com um paciente com esquizofrenia e também a maior dúvida dos familiares, que se sentem de mãos atadas e impotentes na difícil tarefa de ajudar seus pacientes a ter mais consciência sobre a doença e a aceitar o tratamento. Essa situação se torna ainda mais dramática quando o paciente se recusa terminantemente a tomar os remédios, o que em geral leva a recaídas e hospitalizações.

Já comentamos que um tratamento abrangente, que envolva psicoterapia e psicoeducação de família, além da medicação, ajuda a trabalhar com o paciente sua consciência em relação à necessidade de tratamento, à prevenção de recaídas e à sua doença, não nos parecendo adequado que se deposite na família a responsabilidade por esta busca, difícil até para os profissionais especializados no tratamento da esquizofrenia.

Por outro lado, existem maneiras da família lidar com a negação ou a falta de *insight* (nome técnico que se dá quando a pessoa tem consciência de ser portador de uma doença e de suas consequências, com possibilidades de desenvolver estratégias de enfrentamento e proteção).

Primeiramente, vamos definir e contextualizar o problema. A falta de *insight* na esquizofrenia é infelizmente mais regra do que exceção: mais da metade dos pacientes não possui consciência da doença e interrompe a medicação precocemente, antes de um ano de tratamento, e a maioria das recaídas nos primeiros dois anos após o diagnóstico é devido à falta de adesão. Pacientes sem *insight* também não costumam aderir bem aos tratamentos complementares, como psicoeducação e psicoterapia, e são muito reticentes a falar sobre a doença.

Existem diferentes níveis de *insight* ou da falta dele. Um paciente pode negar totalmente a doença e se recusar a qualquer tipo de tratamento, outro pode não aceitar o diagnóstico, mas tomar a medicação, pois vê nela alívio para algum tipo

de sintoma (p. ex. ansiedade, insônia). Um terceiro paciente pode aceitar alguns sintomas como parte da doença, por exemplo, o sintoma negativo, como a dificuldade de se socializar ou de iniciar alguma atividade, porém negar que delírios e alucinações sejam parte da doença. Uns podem aceitar o diagnóstico de doenças menos estigmatizantes, como depressão ou bipolaridade, mas recusar o diagnóstico de esquizofrenia e tratamentos para essa finalidade. Enfim, existem diferentes níveis de *insight*, cada qual com suas particularidades e formas de enfrentamento.

Outro aspecto importante diz respeito à duração. A falta de *insight* não é necessariamente uma característica imutável, embora alguns pacientes possam resistir por muitos anos a aceitar o diagnóstico ou o tratamento. O *insight* pode melhorar com o tratamento, com a evolução da doença, com o amadurecimento do paciente frente ao problema e com suas próprias experiências de vida. Aliás, os relatos da maioria dos pacientes que se recuperaram da esquizofrenia e que hoje têm consciência da doença e de suas limitações, revelam que eles levaram anos para alcançar este nível de maturidade. Portanto, não se deve perder a esperança, existe muito trabalho pela frente.

O que as pesquisas mostram é que quanto mais cedo se inicia o tratamento, melhores os resultados, tanto para o *insight* como para a recuperação da esquizofrenia. Pacientes crônicos, com muitos anos de doença e com muitas recaídas, beneficiam-se menos das intervenções.

Normalmente, o sentimento que o paciente que nega a doença ou que se recusa a fazer o tratamento desperta nas pessoas, e particularmente na família, é de teimosia, arrogância, estupidez, falta de cooperação e capacidade de aprender com a realidade, atitude intencional de piorar a situação, enfim, sentimentos negativos que comumente resultam em medidas coercitivas e hostis, que em nada contribuem para os relacionamentos e para a consciência da doença e da necessidade de tratamento.

A falta de *insight* pode sofrer influências de diversos fatores, psicológicos, sociais, porém um dos aspectos centrais dessa falta na esquizofrenia diz respeito à sua própria biologia. Algumas pesquisas têm relacionado a falta de *insight* a disfunções cognitivas, principalmente decorrentes do acometimento do lobo frontal (córtex pré-frontal). Ela poderia ser um sintoma da competência do paciente se perceber doente ou de sua autopercepção dentro do seu contexto de vida. Portanto, culpar o paciente por ele não ter consciência de sua doença ou por não aceitar o tratamento seria o equivalente a culpá-lo de sua própria doença. Por analogia, ninguém culpa um paciente que sofreu um derrame cere-

bral ou AVE, e que perdeu os movimentos de metade de seu corpo, quando ele nega ter perdido os movimentos, tenta se levantar e cai no chão. Do ponto de vista médico, as duas situações se equivalem e denotam o que os neurologistas convencionaram chamar de anosognosia (falta de percepção da doença).

O psicólogo Xavier Amador, professor da Universidade de Columbia, nos EUA, e fundador do LEAP Institute (www.LEAPInstitute.org), escreveu o livro *I am not sick, I don't need help* (Eu não estou doente, eu não preciso de ajuda – sem tradução para o português), que virou referência nos EUA quando o assunto é como lidar com alguém que sofre de um transtorno mental grave e não aceita a doença e o tratamento. Ele desenvolveu um método, chamado de LEAP (*Listen* [ouvir]/*Empathize* [empatizar]/*Agree* [concordar]/*Partner* [ser parceiro]), a partir de sua convivência com seu irmão, esquizofrênico, que não aceitava a doença e o tratamento.

Para Xavier, a atitude do familiar diante do paciente em crise, quando ele se encontra delirante, sem aceitar a realidade e a necessidade de tratamento, pode ser um divisor de águas entre o paciente aceitar o tratamento e o apoio da família ou se afastar de todos, negando-se a qualquer tipo de ajuda ou abordagem.

Ouvir

A primeira atitude do familiar deve ser ouvir. Mas ouvir reflexivamente, evitando reagir, seja com comentários, juízo de valor, argumentações, discordâncias, mesmo que as ideias do paciente pareçam absurdas ou que ele se manifeste contrário ao tratamento ou quanto à crença de ter algum transtorno mental.

Esse ainda não é o momento para abordar assuntos que possam tencionar as relações, é um momento de procurar formar uma aliança, uma relação de confiança, para que o paciente possa identificar o familiar como um amigo, alguém a quem possa recorrer num momento de maior vulnerabilidade, que possa se abrir e contar suas experiências e percepções.

O fracasso nesta etapa pode fazer com que o paciente se cale e se retraia, assumindo uma expectativa pessimista em relação ao familiar. Xavier chama isso de a “dança da negação”, quando o familiar e o paciente ficam discutindo em torno do tema “ser ou não doente”, “precisar ou não de tratamento”, como em um *looping*, que não consegue evoluir para outros temas que possam trazer algum grau de concordância e aproximação.

Ouvir de forma reflexiva pode ser fácil na teoria, porém bem mais complicado na prática, pois é muito difícil reprimir a tentação de emitir sua opinião e

tentar convencer o paciente sobre o seu ponto de vista. Uma dica que Xavier dá é resumir as ideias do paciente na forma de uma pergunta, buscando certificar-se de ter entendido corretamente aquilo que o paciente diz (“Você disse que tem pessoas que estão lhe observando, que instalaram câmeras no apartamento para monitorar seus pensamentos e que por isso está com medo de sair para a rua sozinho. Eu compreendi corretamente?”). É uma maneira dele perceber seu interesse e disposição em ouvir sua história.

O familiar deve abrir mão do que ele considera ser mais importante e não deve dar muita repercussão quando o paciente se irritar e dizer coisas do tipo “você não se importa comigo, só pensa em você”. Deixe passar, sem retrucar.

Neste momento, o objetivo é conhecer as ideias e as demandas do paciente, o que ele vê como problema e não o que você acredita seja o problema dele, e desenvolver uma relação de confiança. O familiar pode perceber melhor quais são os pontos de maior chance de concordância, por exemplo, se o paciente está incomodado com o fato de estar improdutivo, ansioso ou insone. São brechas que podem servir, posteriormente, para construção de alianças com o tratamento.

Um dos maiores receios do familiar nesta fase, na observação de Xavier, é de, em não confrontando as ideias do paciente, ele achar que se está concordando com ele, contribuindo para o fortalecimento da trama delirante. O familiar pode também não saber o que dizer se for confrontado pelo paciente se ele de fato acredita em suas ideias (“você pode me ajudar a achar as câmeras que estão me monitorando aqui em casa?”). A recomendação de Xavier é postergar a sua opinião sobre temas controversos o quanto possível até que o paciente possa perceber seu respeito por ele. O familiar deve primeiramente honrar a pergunta, prometendo que irá respondê-la posteriormente, depois tentar mudar de assunto e pedir a permissão para isso (“eu vou lhe responder, mas antes gostaria que você me contasse mais sobre as pessoas que estão lhe observando, pode ser?”).

Entretanto, se for necessário se posicionar ou se já for o momento oportuno para opinar, Xavier recomenda que se tenha em mente a regra dos 3 A's: *Apologize* (desculpar-se), *Acknowledge* (reconhecer), *Agree* (concordar). Desculpar-se por desapontar ou aborrecê-lo com sua opinião (“receio que a minha opinião possa desapontá-lo”), reconhecer que você não é infalível e que sua opinião pode estar errada (“mas eu reconheço que esta é somente a minha opinião e que eu possa estar errado”) e “concordar em discordar” (“espero que possamos concordar em discordar sobre este ponto, tudo bem?”), ou seja, aceitar que cada um pode ter uma opinião diferente respeitosamente.

Empatizar

O segundo passo, após ouvir reflexivamente o paciente, é empatizar-se com ele. Na verdade, quando você se propõe a ouvir sem julgar e procura ter uma atitude interessada em sua história, você já está estabelecendo uma relação de empatia. Isso é fundamental para que ele perceba você como um aliado. Você deve se colocar no lugar dele e imaginar como seria para você ser obrigado a fazer um tratamento sem achar necessário.

Xavier dá um bom exemplo disso: imagine se você chega em casa um dia e alguém lhe diz para não mais voltar, pois ali não é sua casa. Você tem certeza que é a sua casa, seus móveis, a decoração, tudo é familiar. Mas a pessoa lhe ameaça e diz que se você retornar, vai chamar a polícia. Como você reagiria? Você aceitaria passivamente essa argumentação?

Dizer para o paciente “eu imagino como deve ser difícil para você ter que tomar um remédio sem achar que seja necessário ou que tenha alguma doença” pode demonstrar que você está sensível à sua situação e se colocando no lugar dele.

O familiar deve ter empatia com qualquer sentimento que o paciente demonstre ser importante para ele, mesmo que pareça irracional. Xavier destaca cinco temas mais comuns: frustrações (como pressão para tomar medicamentos, objetivos pessoais não alcançados), medos (sobre a medicação, de ser estigmatizado, de falhar), desconforto (com os medicamentos, p. ex. ganhar peso, ficar menos criativo, sentir-se mais lento) e desejos (de trabalhar, casar-se, de ter filhos, voltar para a escola, ficar fora do hospital). Quando você compreende o sentimento e o ponto de vista do outro, ele se torna mais receptivo a ouvi-lo e menos defensivo, conseqüentemente mais propenso a saber sua opinião.

Concordar

O irmão de Xavier não aceitava a medicação e a doença, mas o que mais o desagradava era ser internado. Apesar dos muitos pontos de discordância, eles concordavam que tomar a medicação era uma forma dele não precisar voltar para o hospital, o que agradava a ambos. Xavier pode trabalhar com o irmão que a ideia de se medicar podia não ser tão ruim quanto ele pensava.

Um dos objetivos de ouvir, empatizar e manter uma relação de confiança com o paciente é conhecer melhor seus desejos, suas preocupações, suas demandas. Xavier chama isso de janela de oportunidade (*window of opportunity*). É uma oportunidade que o paciente oferece para você transmitir suas observações e opiniões. Quanto mais elas corresponderem ao que o paciente acredita e aprecia, maiores as chances de você ser bem-sucedido. Quando se compartilha dos mesmos objetivos, é mais fácil trabalhar em conjunto.

Xavier sugere seguir seis passos quando encontrar a janela de oportunidade e o paciente se mostrar receptivo a ouvir seu ponto de vista:

- 1) Naturalize a experiência – “Eu me sentiria da mesma forma se estivesse no seu lugar.”
- 2) Discuta somente o problema ou o sintoma em questão, da maneira como ele é percebido pelo paciente (sem querer interpretar ou atribuir outros significados contaminados por suas convicções).
- 3) Reveja as vantagens e desvantagens percebidas pelo paciente quanto ao tratamento (ainda que sejam irracionais).
- 4) Corrija as concepções equivocadas (p. ex. antipsicóticos não causam dependência, doença mental não é causada pela forma como alguém foi criado).
- 5) Reflita sobre esses tópicos e destaque os benefícios percebidos pelo paciente (“Se eu compreendi bem, você disse que os remédios lhe ajudam a dormir melhor e a ficar bem com sua família?”).
- 6) Concorde em discordar, sempre que ocorrer alguma discordância de pontos de vista (“Espero que possamos concordar em discordar sobre este ponto, tudo bem?”)

Ser parceiro

Formar uma parceria é antes de tudo manter um canal aberto com o paciente para discutir temas do interesse dele, sem esquecer de aplicar os outros ensinamentos do método LEAP (ouvir, empatizar, concordar) sempre que estiver dialogando com ele. Não se trata de fazer prevalecer seu ponto de vista ou empacar em pontos discordantes, como sobre a aceitação da doença.

O familiar pode anotar em um papel a lista de vantagens e desvantagens da medicação e rever com o paciente sempre que necessário. O objetivo pri-

mário não é convencê-lo de que tem uma doença e precisa de tratamento, mas trabalhar com ele a ideia de que o tratamento possa ser um aliado para atingir seus objetivos. As conclusões devem ser do paciente; o familiar pode guiá-lo através de perguntas que provoquem a reflexão e ajudem na aceitação. Muitos pacientes aceitam a medicação porque fizeram parcerias com familiares e com o psiquiatra, estabelecendo uma relação de confiança, em que sabem serão ouvidos e sua opinião levada a sério.

Algumas estratégias utilizadas no tratamento estão de acordo com o que se convencionou chamar de *shared decision making*, ou tomada de decisão compartilhada, o que se coaduna com o conceito moderno de *recovery*, abordado no primeiro capítulo do livro. Um paciente resistente ao tratamento pode aceitar a medicação se for acordado com ele que se fará uma tentativa por um prazo determinado para que ele possa avaliar o custo-benefício, ou que, em caso de ocorrência de um efeito colateral temido, ser-lhe-á oferecida uma nova alternativa.

ACONTECEU NO SITE

ENTENDENDO A ESQUIZOFRENIA.COM.BR...

Prevenir recaídas: como a família deve proceder e quais os primeiros sinais?

Prevenir recaídas é fundamental para o tratamento e para a estabilidade da esquizofrenia ao longo da vida. Como a doença traz prejuízos para a vida da pessoa, como trabalho, estudo, relacionamento e autonomia, uma recaída significa um retrocesso em todo processo de reabilitação da pessoa. Há pacientes que passam meses ou anos para se recuperarem e uma nova crise aumenta este período, quando não lhes tira parte do potencial para superar as dificuldades trazidas pela doença.

Dr. Thomaz Gazda, psiquiatra em Scottsdale, Arizona, afirmou em encontro do National Alliance on Mental Illness que os pacientes em recuperação entram num processo de crescentes objetivos pessoais e correm o risco de confundir este processo com a cura e relaxar no tratamento e na prevenção. “Há muito estresse na nossa sociedade. O estresse pode desencadear transtornos mentais ou recaídas em pessoas que já sofrem de doenças

psiquiátricas como esquizofrenia, drogadição, transtornos de ansiedade e humor”, afirma. “Até coisas boas podem causar estresse, como um novo emprego ou a mudança para uma nova casa”, conclui.

Recaída significa a piora ou o reaparecimento dos sintomas, quando alguém próximo à pessoa nota características da doença que interferem no seu nível atual de funcionamento, causando algum grau de prejuízo na esfera social, incluindo trabalho, estudo e relacionamentos. A procura pelo médico nessa hora deve ser imediata. “A pessoa e a família precisam ser pró-ativas neste momento e não reativas. Não se deve esperar algum evento de maior gravidade para se tomar alguma atitude. O paciente precisa contar com outras pessoas para um suporte durante os momentos mais difíceis”, aconselha Dr. Gazda.

No caso da esquizofrenia, a família é de crucial importância na identificação dos sinais de recaída, pois o paciente pode não perceber ou não ter autocrítica suficiente para julgar que algo não vai bem e procurar o médico.

Abaixo algumas dicas para evitar recaídas:

- 1) Tenha um canal aberto com a equipe ou o médico que trata o paciente.
- 2) Conheça os fatores que desencadearam episódios passados.
- 3) Avalie o grau de estresse que determinadas situações sociais e familiares podem causar.
- 4) Fique atento aos sinais e sintomas que precedem uma crise. Sintomas que antecederam uma primeira crise servem de parâmetro, pois a maioria dos pacientes repete um padrão sintomático em crises posteriores.
- 5) Mantenha uma programação que forneça uma boa quantidade e qualidade de sono e faça avaliações periódicas do sono.
- 6) Reflita antecipadamente a respeito de situações que possam deflagrar recaídas, como um aniversário da morte de algum familiar ou outros eventos estressantes da vida, como um divórcio, por exemplo.

Sinais de que uma recaída possa estar acontecendo ou prestes a acontecer:

- 1) A pessoa interrompe os medicamentos.
- 2) A pessoa começa usar drogas e/ou álcool.
- 3) Aumenta o estresse do relacionamento com a família e amigos.
- 4) Situações de estresse surgem em casa ou no trabalho.
- 5) Problemas com o sono, geralmente insônia.
- 6) Redução do interesse em relação aos amigos e à família.
- 7) Descuido com a aparência e higiene.
- 8) Sentimentos de medo e preocupações com outras pessoas (relacionado a alguma fantasia, como de estar sendo espionado ou que pessoas tramam contra ele).
- 9) Percepções estranhas, como vozes ou visões (alucinações).
- 10) Humor mais irritadiço, comportamento mais arreadio.

DEPOIMENTO: REVER MINHAS EXPECTATIVAS POR AMOR A MEU FILHO

Meu nome é Selma. Com 22 anos, meu único filho cursava o quarto período da faculdade e estava muito entusiasmado com seu primeiro estágio profissional numa rede hoteleira internacional. Com o filho na faculdade, o sonho da casa de campo realizado, o ápice da vida profissional atingido e a superação de dois tumores malignos pensava “agora é só colher os frutos e saboreá-los deitada numa rede debaixo de uma árvore”. Preparava-me para a aposentadoria.

Pouco tempo depois de iniciar o estágio, comecei a notar em meu filho uma indiscreta desinibição, euforia excessiva e o abuso de álcool e por duas ocasiões, maconha escondida no armário. Joguei a maconha fora e tivemos uma conversa em que ele alternava entre a concordância com a autoridade materna e a rebeldia de um jovem que agora, pela primeira vez, tinha um salário próprio.

Esse estado alterado e a incapacidade em realizar as tarefas profissionais exigidas levaram a sua demissão e o afloramento da primeira crise psicótica. Nos três anos consecutivos, ele foi tratado como portador de transtorno bipolar de humor, não apresentando melhora e tendo muita dificuldade em aderir aos tratamentos medicamentoso e psicológico.

Nessa época, eu pouco entendia o processo da enfermidade mental e não sabia como me relacionar com esse NOVO filho. Vale ressaltar que a minha formação profissional como médica não me habilitava em lidar com a totalidade desse desafio, pois transcendia a mera informação científica. Exigia muito mais.

Com o aprofundamento da prática da fé foi possível entender a doença mental como fato inerente de minha vida. Não adiantava negar, fugir, esconder, chorar ou espernear. Teria que encará-la de frente, de pé, aqui e agora como orienta a filosofia budista.

Creio que um dos momentos mais dramáticos dessa caminhada foi a expressão da esquizofrenia em todo o seu conteúdo e força. Trancada no quarto, tremendo de medo e cheia de pavor, ouvia do outro lado da porta meu filho quebrar objetos e gritar. Transtornado e irreconhecível, minutos antes ele tinha me ameaçado com uma faca de cozinha. Com a ajuda de duas amigas, por telefone, o corpo de bombeiro me resgatou e o levou para a internação. Esse era o terceiro surto psicótico e o segundo em apenas poucos meses.

Minha vida havia saído completamente de controle, ficando à deriva e ao sabor de enormes ondas de medo, revolta, dor e autocomiseração.

Foi nessa fase de desespero que passei a procurar ainda mais ajuda. Agora não mais somente para o Felipe, mas para mim mesma, pois sabia que tinha chegado ao meu limite e que a partir daí não teria condições de prosseguir com alguma sanidade. Procurava informações na *internet* e comprava livros. Falava com um e com outro sobre doença mental buscando sempre mais informação e orientação.

Dizem que quem ora sempre alcança e quem procura acha. Assim, cheguei ao livro *Entendendo a esquizofrenia – como a família pode ajudar no tratamento?* e ao grupo de ajuda mútua voltado para os familiares de portadores de transtorno mental.

Encontrar acolhimento e um espaço onde o que você sente e vive é verdadeiramente compreendido pelos outros, foi para mim o grande divisor de águas.

Deixar para a trás, com tranquilidade, a antiga vida, assim como reformular meus sonhos e objetivos, foram etapas decisivas para sair da armadilha de vítima na qual, em algum momento, cada um de nós se coloca.

Aos poucos, com muita benevolência para comigo e meu filho, redefinindo o nível de expectativa e exigência, e com muita fé na enorme capacidade que cada ser humano tem em se transformar e modificar seu meio ambiente, hoje sou capaz de contribuir de maneira satisfatória e adequada para a recuperação do grande amor de minha vida, meu filho.

COM A PALAVRA, O PACIENTE...

No período que antecede as recaídas vocês percebem que estão entrando em crise?

Opinião dos pacientes no fórum da comunidade virtual do site entendendoesquizofrenia.com.br

@mariana: eu percebo que eu estou começando a ficar mal, quando não consigo ficar tranquila e em paz, quando alguma coisa fica persistente e incomodando, quando não consigo controlar meus pensamentos, as ideias delirantes começam a sobrepor o senso comum e a realidade normal, as alucinações aumentam em quantidade e intensidade, o sofrimento interno dá um salto gigantesco, causando muita dor e angústia, e fico sem condições, assim sinto que estou sendo prejudicada. Mas não me deixo perder a noção, procuro ajuda, corro pro médico e ele receita a dosagem e a medicação necessária para esse período. Isso pode acontecer, talvez pelo emocional da gente, por algum fato que pode nos causar conflitos internos, pressão das pessoas...

Às vezes eu acho que eu penso demais, refletir demais, querer entender tudo, nem sempre é possível, é preciso espaço para viver, fazer, agir e realizar mais, mas consciente sabendo o que faz, porque faz, como faz, onde está, com os pés no chão e com a “certeza na frente e a história nas mãos”. Bom, faço o que posso no momento.

@viviane: nos últimos tempos acredito que nos momentos em que me sinto excessivamente perseguida e cheia de certezas e convicções de tais perseguições, este é o momento de procurar ajuda, além do acompanhamento semanal com a psicóloga, que é muito importante para a distinção da realidade da fantasia.

@weulerw: fico muito contente de encontrar um lugar que sou acolhido. E posso me informar sobre a doença que tenho. E poder ajudar e trocar experiências! Já tive 2 surtos, o primeiro tive em torno dos 23 anos, o outro com 32! Imediatamente fui fazer um tratamento. Levado pela minha mãe querida e depois fui acolhido pela minha família! Eles cuidaram de mim. Foram maravilhosos! E fui melhorando gradativamente. Os pensamentos de perseguição e conspiratórios sumiram. Mas infelizmente deixei de tomar a medicação achando que estava bem e não precisava mais. Aí que foi meu erro! Depois de uns 10 anos passei por um *stress* muito forte. E tive os primeiros sintomas: pouco sono e as alucinações, sentimento de perseguição e conspiratórios. E aí tive outro surto! Morava sozinho! Tive várias alucinações de madrugada e resolvi ir para casa da minha mãe às 4 da manhã. Chegando na casa dela com umas mudas de roupas nas mãos, ela me perguntou o que eu estava fazendo a essa hora. Eu não sabia responder o porquê e como cheguei a casa dela! Com essa história perdi namorada que não suportou. Estávamos há pouco tempo juntos. A família dela também achou que eu era usuário de drogas. Fizeram uma pressão para ela não se relacionar comigo! Entrei em depressão por alguns meses. Depois que tive alta do INSS, fui demitido. Fui aos poucos melhorando da depressão e encontrei uma mulher maravilhosa! Com uma família superacolhedora! E estamos juntos há quase 5 anos. Uma mulher que tem sonhos em comum comigo, de construir uma família feliz e saudável! (...) Recomendações: tomem o medicamento todos os dias! Tentem viver uma vida com menos *stress* possível, pois é o fator que estimula esse desequilíbrio químico no cérebro! Abraço a todos!

Na sua opinião, como a família pode ajudar no seu tratamento?

@antonio: a família pode se beneficiar das reuniões familiares dos locais onde seus doentes fazem tratamento e com isso aprenderão a lidar com a situação (...). Acho que o esquizofrênico tem que ter uma atividade útil em casa de acordo com suas possibilidades. Tem que limitar alguns excessos ou padrões, como não fumar dentro de casa, caso seja fumante, limitar o uso do computador e da televisão, para que não se fique preso somente ao mundo virtual e fantasioso... se a família se dedicar um pouco a conhecer mais do seu doente, poderá estabelecer um padrão bastante saudável e excelente qualidade de vida ao paciente e à própria família, pois, se não for assim, a família toda adoecerá, não de esquizofrenia, mas, de uma codependência.

@mariana: fico imaginando como seria se eu não tivesse minha família por perto... Primeiro que ela foi de suma importância para identificar que eu não estava bem, que precisava de um especialista, coisa que eu nunca constataria sozinha. Eu preciso de muito apoio e é minha família que me impulsiona, que acredita em mim. Eu acredito que eu posso atingir meus objetivos, me recuperar, mas preciso de pessoas que também acreditem. Eles me ajudam quando, ao ouvi-los, entendo no que minha percepção está falhando. Ajudam-me, por enquanto, (se Deus quiser) financeiramente, na convivência, no afeto, na força, claro que tem defeito, claro que tem problemas, mas, quem não tem? Mas eu acho que a maior ajuda é na fé, deles não desistirem, de me deixar tentar, de me considerarem normal, saberem ponderar o que é da doença e o que sou eu, por exemplo, não achar que sou incapaz, mas também não achar que eu morro de preguiça, estabelecendo condições favoráveis e incentivando a cada tarefa, considerando minhas dificuldades, mas impulsionando a realizar e continuar, seguir em frente.

@lucas: meus pais são muito compreensivos, às vezes eu até sou arrogante e penso mal deles, às vezes parece que eles me monitoram, então por isso eu fico irado e acabo estragando o clima, fico desconfiado e falo bobagens. A melhor maneira da família ajudar é aceitando o tratamento e não se afastando, orientando, indo ao psiquiatra para saber do que se trata. Eu acho que a maioria é assim, algum ou outro caso que a família não aceita, mas apenas aceitando já é a melhor coisa que se pode fazer, depois é procurar pelos melhores tratamentos.

@gustavo: estou me relacionando há alguns meses com uma garota e há poucas semanas ela me contou que tem esquizofrenia e que acredita que pessoas entram em sua casa e mexem em suas coisas. Ela nunca os viu, mas possui essa convicção. Inclusive, ela sai com muitos objetos pessoais dentro de sua bolsa para “protegê-los” e em sua casa encosta uma cadeira na porta do quarto, pois enquanto a cadeira não cai, ela fica mais tranquila. Ela diz tomar os remédios conforme a prescrição médica, sendo que a levei ao hospital para retirar o remédio de graça, a seu pedido. A amo e quero o seu melhor.

Minhas dúvidas são as seguintes:

- 1) Como devo encarar isso tudo?
- 2) O que devo fazer para ela ter a melhor qualidade de vida possível?
- 3) Como devo proceder em relação aos seus delírios persecutórios? Existe alguma forma de fazer ela ter consciência de que são irreais?

@vanessa: Gustavo, pelo que dizem, você não deve nem apoiar nem discordar, mas manter uma atitude indiferente, “neutra”. Tipo assim: explica que você não percebe as coisas que ela percebe. Sem questionar. Demonstra que acredita no que ela diz, mas que você não vê ou não sente, essas coisas. Ela precisa de alguém de confiança para dizer o que sente, e até futuramente poder tomar remédios. Eu tomava porque confiava em minha mãe, sabia que ela me amava e não ia me dar algo ruim. Ela precisa de alguém em quem confiar, dizer as coisas. Isso é bom até para saber em que estado ela está, senão a pessoa esconde tudo que sente e fica pior.

@gustavo: bom dia @vanessa! Ela toma medicação há muitos anos, inclusive a dose foi aumentada muito recentemente, mas não sei o porquê ela carrega muitas coisas pessoais na bolsa e leva a bolsa para todos os lugares que vai, pois tem medo que alguém fure suas coisas; também acredita que pessoas entram em sua casa, tanto que para se sentir mais segura coloca uma cadeira atrás da porta do quarto quando vai dormir; ela também reclamou pra mim que seus pais não tomam as devidas medidas de segurança na casa. Fico triste ao vê-la dizendo essas coisas, mas a amo. Te agradeço

muito pelas dicas e informações de como devo agir com ela, toda informação que recebo tem sido muito útil. Uma coisa que não entendo é se esses delírios ocorrem apenas em fases de surto ou pré-surto ou se ocorrem independentemente de qualquer fase que ela esteja vivendo. Muito obrigado!

@vanessa: Gustavo, ela se preocupa com a segurança porque se sente perseguida. Se você soubesse que estava sendo perseguido, o que faria? Houve uma época em que eu queria fazer um seguro de vida, insistia bastante com isso. Imaginava que se me matassem o seguro ia descobrir quem foi. A família, lógico, não entendia nada, pois para eles estava tudo normal. Acho que se você disser que está tudo seguro não vai adiantar, e pode até piorar, pois ela pode achar que você não entende ou faz parte do complô, ou então que tem algum motivo secreto para agir assim, que pode estar sendo chantageado, enfim, mil coisas. Bom, seu comportamento deve estar funcionando, pois ela lhe confidenciou a impressão dela sobre o comportamento dos pais. Na minha opinião de leiga, falo para você ignorar quando ela disser essas coisas, ouve, mas fica quieto. Muda de assunto. Meu médico sempre me questionava o porquê das pessoas agirem assim comigo, por que elas faziam isso. Eu sempre achava uma razão, mas esses pensamentos enfraqueciam, acho que a medicação também já estava agindo em mim. Só acho que não vale a pena você dar respostas como: ninguém tá te perseguindo ou entrando na casa... essas coisas. O médico deve ter aumentado a dosagem por conta dos sintomas dela. (...) Fazer alguma atividade ligada às artes também ajuda, pois naquele instante ela desvia o pensamento. É importante ela não ficar alimentando esse tipo de pensamento. (...) Sempre leio bastante artigos médicos, livros, inclusive de medicina e psicologia, busco me aprofundar no assunto. Por um lado, me ajuda, entendo mais a doença, outras vezes me deixa triste. Mas acredito que o caminho do conhecimento é sempre o melhor. Se puder, tente ir às consultas com o médico, veja o que ele tem a te dizer, acho que seria interessante sua presença também. Quanto aos momentos dos surtos, acho que pode acontecer nesses 3 momentos que você citou. A pessoa pode ter uma remissão completa ou não. A esquizofrenia é uma doença muito ampla, abrange diversos comportamentos e situações. Só o médico para dizer em que estado ela está, mas ela está medicada, isso já é um passo enorme, pode acreditar. Se puder, fale com ela para fazer exercícios. Um abraço, força e fé. Vai dar tudo certo!

Outra coisa: confirma se ela está tomando a medicação mesmo. Veja isso direitinho!

@milton: boa tarde, sou esquizofrênico e acho que vou fazer uma pergunta já muito “batida” entre os familiares: – O que fazer quando minha esposa não aceita eu não ter cura?; ela não é leiga, porém não acredita que eu tenha esta doença, apesar de já me tratar há 6 anos (estamos casados há 20). Já me mandou embora várias vezes e quer refazer a vida. Às vezes eu acho que é justo, porém eu a amo e aos meus filhos, também. Entendem? Alguém aí já passou por isso? Por favor, podem opinar sem ter medo de me ferir – eu acho até que mereço mesmo ouvir algumas verdades, francamente. Obrigado.

@daniel: olá milton! Uma das recomendações dadas pela Dra. Elyn Saks (esquizofrênica há mais de 40 anos) é a religião. Acredito que a religião tem um papel muito abrangente no tratamento não só do esquizofrênico em si, mas também na manutenção da família. A Bíblia é clara sobre o casamento como instituição eterna e dá muitas orientações sobre como manter o casamento, mesmo em situações como a nossa (minha esposa também é esquizofrênica). Convide sua esposa para participarem de um curso bíblico sobre o casamento. Vocês aprenderão princípios fundamentais para se manterem de pé na alegria e na tristeza, na saúde e na doença. É a minha dica. Isso é o que mantém e manterá meu casamento vivo e vibrante mesmo com as dificuldades da doença. Amo a minha esposa e sei que ela me ama. Se você tiver uma Bíblia em casa, leia 1 Coríntios Capítulo 13 junto com sua esposa.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

1) Há indicação de tratamento familiar mesmo para aquela família que já sofre com a doença há muitos anos?

Sim. A indicação de tratamento não deve se pautar no tempo de doença do paciente, mas na qualidade das relações familiares. Muitas famílias acostumadas a conviver com a esquizofrenia por muitos anos, e que não tiveram orientação e conhecimento sobre os seus diferentes aspectos, exibem um alto grau de emoção expressada e uma baixa qualidade das relações familiares. Muitos relacionam-se por longo período sob fortes pressões, com padrões emocionais negativos e que desgastam progressivamente os vínculos afetivos. O resultado disso, na maioria dos casos, são famílias fragmentadas, desunidas, resistentes à convivência com o familiar adoecido e menos aderentes a um tratamento de família.

Nesse sentido, talvez seja mais fácil tratar de famílias com um menor tempo de convivência com a esquizofrenia, que ainda não adquiriram vícios ou comportamentos rígidos e repetitivos e que estão dispostas a reavaliar e a mudar suas atitudes. Porém, para aqueles interessados a encarar o desafio, sempre é tempo para compreender, refletir e mudar.

2) Qual o tratamento para reduzir o grau de emoção expressada e para mudar os padrões emocionais na família?

Um dos tratamentos é a psicoeducação familiar. Ela envolve uma primeira etapa educativa, que fornece informações sobre todos os aspectos da esquizofrenia, e uma segunda etapa psicoterapêutica, através de técnicas cognitivo-comportamentais, que visam ao treinamento das habilidades do familiar de lidar com a doença e de solucionar problemas e conflitos. Essa segunda etapa procura também debater com o familiar as suas necessidades mais prementes e as do paciente, produzindo reflexões sobre atitudes e padrões emocionais. O tratamento pode ser individual, com um ou mais membros da família, ou multifamiliar, através de grupos de famílias.

3) Como dar limites ao paciente que não permite que seu familiar passeie sem ele? “Meu filho que tem esquizofrenia reage muito mal quando tento fazer algo só para o meu divertimento.”

É necessário e bom para a saúde física e psíquica do familiar que ele possa ter momentos de lazer e prazer com amigos, saindo de casa sem o paciente, para passear ou para viajar, dando “descansos” periódicos para ambos. Alguns pacientes, mais dependentes e inseguros, podem reagir mal a isso, agindo agressivamente ou com travessuras ou transgressões propositais, na tentativa de coibir a saída daquele familiar. Muitos recuam e deixam de participar de atividades sociais por esse motivo.

Uma mãe contava-nos que dizia à filha que sua saída sexta à noite para o cinema e depois para a gafeira era para espantar os “maus espíritos” e para fortalecê-la, para que assim pudesse cuidar melhor da filha e de si própria. E mesmo que sua filha reclamasse muito, ela não abria mão de um tempo para si. Ela procurava negociar com a filha, que saía com a mãe no sábado e no domingo para passear e se divertir.

O paciente geralmente respeita a atitude do familiar quando percebe que aquilo pode ser revertido em benefícios para ele próprio e para a família. Uma

outra paciente dizia aos pais que eles não deixassem de “se tratar”, referindo-se às sessões de terapia de família que frequentavam, pois isso estava trazendo grandes melhoras para a relação de todos em casa. Ela mesma estimulava os pais a saírem para se divertir.

É recomendável que o familiar reserve tempo para diversão com o paciente e que encare as saídas com ele desta forma e não como uma obrigação ou um fardo. Muitos pacientes notam que seus familiares ficam incomodados e constrangidos ao saírem juntos, o que é muito desagradável e desestimulante. Uma mãe reclamava que não conseguia ir a um restaurante com o filho, pois morria de vergonha dele à mesa. Porém, curti a ir com ele ao cinema, apesar da sujeira que fazia com a pipoca. Mas, nesse caso, era só escolher um lugar bem lá na frente, como ele mesmo preferia, sem ninguém por perto, para que ambos pudessem ficar bem à vontade.

O familiar deve selecionar os ambientes que o paciente gosta e que melhor sabe se portar. Pode também ensiná-lo a se portar melhor em um ambiente que exija maior controle do comportamento, como um restaurante, por exemplo, prometendo levá-lo no futuro. O ideal é que o familiar intercale as saídas pessoais com as em companhia do paciente, fazendo-o compreender tanto a importância dos momentos individuais quanto dos coletivos.

4) O que fazer quando um familiar, que convive diariamente com o paciente e não aceita os sintomas como parte de uma doença, o xinga e o critica, chamando-o de preguiçoso e vagabundo?

Essa é uma das piores atitudes que um familiar pode ter. A hostilidade é o padrão emocional que mais prejudica a relação familiar e que mais compromete a evolução da doença a longo prazo. Alguém da família, que tenha maior clareza disso, deve conversar com esse familiar e tentar persuadi-lo a se informar sobre a doença e a rever seu comportamento diante do paciente. Muitos mudam suas atitudes quando são iluminados pelo conhecimento da esquizofrenia.

Uma segunda alternativa, se a primeira for inviável, é afastar o paciente do familiar, ou vice-versa, por algumas horas durante o dia, a fim de reduzir o contato e amenizar a convivência entre eles. O que geralmente gera as hostilidades nesses casos são as pequenas perturbações que a convivência conflituosa pode trazer, como um talher sujo sobre a pia, um quarto desarrumado, um cheiro de cigarro, entre outras. Se o paciente puder se engajar em alguma atividade

regular, seja lúdica, física ou laborativa, que o retire momentaneamente de casa, pode beneficiá-lo tanto como o familiar mais hostil.

5) Como dar limites ao paciente sem que isso traga muitos conflitos para a relação familiar?

Dar limites sempre gera conflitos em algum grau. A questão aqui é como impor limites, causando o mínimo de conflito. Essa é uma tarefa difícil e precisa ser individualizada para cada caso. Uma regra geral é ir com calma, ser didático e aguardar o *feedback* do paciente, ou seja, certificar-se de que ele compreendeu o limite e perceber qual a emoção que ele teve. Caso perceba que ele reagiu mal ou não entendeu, procure alternativas, metas menores e que o paciente seja capaz de cumprir, voltando à meta anterior posteriormente. Este é um exercício árduo para os familiares, mas com a prática pode ser aperfeiçoado e facilitado. O importante é estabelecer regras que podem ou não ser desrespeitadas, ser flexível ao máximo dentro de suas possibilidades, não perder a calma e não esquecer que do outro lado está alguém que pode não compreender exatamente o que está sendo pedido e que pode e tem o direito de expressar o que acha a respeito.

6) Como agir quando a falta de higiene do paciente começa a incomodar toda a família e ele reage com agressividade quando se toca no assunto?

Esse é um limite com pouca elasticidade. O paciente precisa cuidar de sua higiene para conviver bem com outras pessoas. Isso deve ser dito a ele e, diante da sua total falta de cooperação, deve-se passar o problema para o seu médico, para ver se existem providências médicas, como ajuste da medicação, para melhorar a desorganização, por exemplo.

Um paciente justificava a falta de banho, pois seus perseguidores teriam instalado câmeras de vídeo em seu banheiro para filmarem-no despido e tinham como objetivo retransmitir as imagens pela TV. Depois de conversar com seu médico a respeito, aceitou a sugestão de tomar banho de sunga, enquanto essas ideias persistissem. A dose da medicação foi elevada para combater esse delírio. Após alguns meses, ele já tomava banho normalmente.

A crise e os sintomas positivos mais exuberantes podem interferir com a higiene do paciente. Outros sintomas que podem provocar a falta de banho são: os sintomas negativos e a desorganização psíquica. Nesses casos, o médico

também deverá ser informado para que sejam tomadas medidas que possibilitem uma melhor higiene por parte do paciente.

O estímulo por parte da família deve ser previamente discutido e planejado com a ajuda da equipe terapêutica. Atitudes hostis ou impositivas não costumam surtir efeito e provocam atritos e desgastes para as relações familiares. O familiar pode conversar com o paciente sobre sua higiene e mostrar como isso interfere com seu dia a dia e com a capacidade de socialização. Deve também abordar aspectos médicos, como infecções na pele por fungos, queda de cabelo, eczemas, entre outros.

CAPÍTULO 7



Prevenindo Recaídas

Márcio e Alex são irmãos gêmeos. Ambos desenvolveram a esquizofrenia. Márcio teve o primeiro surto aos 21 anos e Alex, aos 28. Apesar de terem a mesma herança genética, tiveram adoecimento em momentos distintos e de maneiras diferentes. Márcio foi criado pelos pais. Sua mãe também é esquizofrênica e teve o primeiro surto logo após o parto. Alex passou a maior parte do tempo com a tia, irmã de seu pai, que o criou devido às dificuldades após o adoecimento da mãe. Eles têm dois irmãos mais velhos, saudáveis. Exemplos como esse mostram o quanto a esquizofrenia é uma doença híbrida, sendo difícil prever clinicamente o que poderá ocorrer somente levando em conta o diagnóstico. Enquanto seria esperado que os irmãos desenvolvessem a doença da mesma forma, particularidades do meio em que foram criados e dos fatores do ambiente a que foram expostos podem esclarecer melhor as diferenças entre eles.

Márcio vivenciou de perto as dificuldades que a doença da mãe trouxe para o ambiente familiar. Alex contou com a proteção da tia, que tinha apenas um filho, já criado, e que se dedicou como mãe à sua criação. Apesar disso, ele se relacionava com os irmãos e seus pais, já que todos moravam próximos. Contudo, Márcio certamente absorvia mais as tensões de casa, enquanto Alex passava a maior parte do tempo na casa da tia.

A diferença entre eles tornava-se mais evidente à medida que iam crescendo. Márcio sempre foi mais introspectivo e tímido, teve muitas dificuldades escolares, repetiu por duas vezes a oitava série e seus professores reclamavam muito de sua desatenção em sala de aula. Alex não apresentou grandes dificuldades escolares, chegando ao ensino médio sem repetência. Contudo, era mais travesso e explosivo, não tinha a mesma introspecção do irmão. Os problemas na escola eram sempre decorrentes de mau comportamento.

Márcio adoeceu antes de concluir o ensino médio. Após alguns meses sem ir à escola, alegando que era importunado pelos colegas que dele caçoavam, passou a falar coisas sem sentido, a se comportar de forma infantil, tornando-se muito dependente do pai, com medo de sair à rua sozinho, sem interesse em qualquer atividade, muito recluso em seu quarto, falando pouco, não se alimentando e, conseqüentemente, perdendo muito peso.

Alex, que na época tentava o vestibular para jornalismo, ficou muito abalado com o estado do irmão. Nesse ano não conseguiu aprovação para nenhuma universidade. Apesar de não tocar no assunto, sua tia percebia que ele reagia mal. Ficou mais irritado e agressivo em casa. Quando visitava os pais, batia de frente com eles, acusando-os de estarem maltratando o irmão, culpando-os pela doença de Márcio e sendo contrário ao seu tratamento psiquiátrico.

Com a melhora de Márcio, tudo parecia voltar à normalidade. Mas Alex passou a envolver-se com drogas, principalmente maconha, influenciado por colegas do cursinho pré-vestibular que frequentava. A tia conta que ele tinha dificuldade para fazer amizades e que o uso da droga era uma maneira de ser aceito pelo grupo e, assim, frequentar as festas que eles organizavam. As más influências e a falta de compromisso com os estudos fez com que Alex adiasse a entrada na faculdade em 2 anos. Aos 24, interessou-se por sociologia, ingressando na faculdade. Porém, o descompromisso com os estudos, o hábito de festas e o uso da droga comprometeram seu desempenho, ficando para trás nas matérias e perdendo períodos.

Aos 27 anos, Alex começou a participar de um grupo místico. Viajava na companhia de colegas e passava dias reunido num templo, onde dizia fazer jejuns e orar para salvar o mundo dos pecadores. Deixou seu cabelo e barba crescerem, passou a usar roupas velhas e seu discurso mudou, sempre com um tom religioso e revolucionário. Passou a contestar os professores e, diante dos sucessivos desentendimentos, decidiu trancar a faculdade. Seu pai chegou a ser orientado a buscar uma avaliação psiquiátrica para o filho, que se recusava.

Alex foi se tornando mais agressivo, suas ideias ficaram grandiosas, dizia que estava imbuído de uma missão espiritual, era constrangedor nas reuniões de família, discutindo calorosamente com o pai e com o tio. Até que decidiram levá-lo ao médico, sendo diagnosticada, aos 28 anos, a mesma doença do irmão: esquizofrenia.

Dez anos se passaram. Márcio e Alex têm agora 38 anos. Márcio tem 17 anos de doença e, nesse período, mais de dez recaídas, todas com características muito parecidas: isolamento, desorganização do pensamento, medos, lentidão e apatia. Alex tem 10 anos de doença, apenas duas recaídas, em todas com reaparecimento dos delírios religiosos. Márcio e Alex têm personalidades e temperamentos muito diferentes e a forma de adoecimento, as recaídas e a autonomia entre as crises os faz parecerem pessoas sem qualquer grau de parentesco. Como é possível compreender tal diferença?

A mãe deles, Antônia, sempre foi uma pessoa difícil. O pai conta que desde jovem era muito centralizadora, gostava de comandar a casa. O relacionamento era ruim pela atitude tirana da esposa. Após o parto dos gêmeos, ela perdeu completamente a capacidade de coordenar e cuidar da casa e dos filhos, tanto que decidiram pedir ajuda à cunhada. Após alguns meses e sob tratamento, Antônia foi melhorando e reassumindo as suas características de temperamento. Ela cobrava muito dos filhos, principalmente de Márcio, já que os demais eram quase adultos e Alex morava com a tia. Também compartilhava sentimentos diferentes entre os gêmeos. Ela tinha implicância com Alex, pelo fato de ele ser criado pela tia, e não escondia sua preferência pelo

irmão. A predileção, a atitude controladora e autoritária e o temperamento forte foram ingredientes marcantes na criação do filho. Mesmo após o adoecimento de Márcio, Antônio mantinha as mesmas influências sobre ele. Por várias vezes interrompeu o seu tratamento, acusando o médico de dopá-lo. Ela própria tinha grande resistência quanto à aceitação de seu tratamento, interrompendo seus medicamentos repetidas vezes.

Alex sempre teve um relacionamento difícil com a mãe, tanto que se acostumou a chamar a tia, Edna, de “mãezinha”. Edna tinha um filho bem mais velho, que era casado e não mais morava com eles. Seu esposo trabalhava muito e praticamente só era encontrado em casa aos finais de semana. Ela e Alex eram muito unidos. Ele mantinha a relação paterna com o pai, mas era nítida a transferência da relação materna para a tia. O clima em casa, excetuando-se o da época do adoecimento de Alex, sempre foi muito cordial. Edna acompanhava Alex às consultas com o psiquiatra, conversava com ele da importância dos medicamentos e tomava a responsabilidade para si quando percebia que ele esquecia de tomar os remédios. Alex também mudou muito suas atitudes depois da doença. Compreendeu a importância de interromper o uso de maconha, afastou-se das amizades de faculdade e da seita que frequentou e tornou-se mais calmo no convívio familiar. Não conseguiu terminar a faculdade pelo desinteresse nas matérias, mas aceitou trabalhar no comércio do tio, ajudando-o nas atividades administrativas.

7.1 A RECAÍDA

Recaída (ou reagudização) é o termo usado toda vez que uma doença crônica se manifesta com sintomas de sua fase aguda. No caso da esquizofrenia, a recaída significa um novo surto. Geralmente os pacientes apresentam nas recaídas sintomas semelhantes aos do primeiro surto. No caso de Márcio, os sintomas negativos (apatia, isolamento), catatônicos (lentidão) e de desorganização ficaram mais proeminentes nas recaídas, melhorando em grande parte quando sua doença está estabilizada. O mesmo ocorre com Alex, quando os delírios religiosos retornam.

A estabilidade de uma doença como a esquizofrenia depende de diversos fatores. Uns agem na desestabilização e outros se contrapõem para proteger o indivíduo de uma nova crise. Os primeiros chamaremos de *fatores de vulnerabilidade* e os últimos, de *fatores de proteção* (figura 7.1).

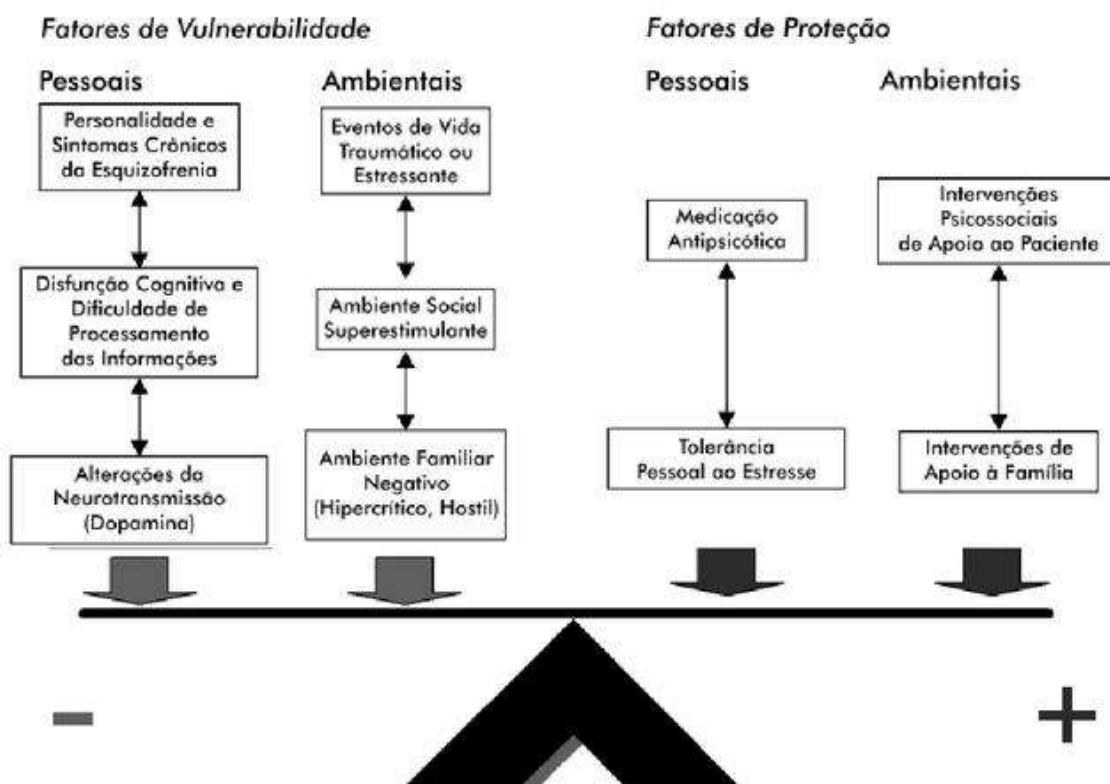


Figura 7.1 Fatores de vulnerabilidade e proteção para recaídas na esquizofrenia.

7.1.1 Fatores de vulnerabilidade

O principal fator de vulnerabilidade é a própria doença. Existem sintomas de gravidade variável, níveis diferentes de prejuízos cognitivos, comprometimento biológico distinto, que deixam indivíduos mais suscetíveis a recaídas do que outros. Eles estão esquematizados na balança da figura 7.1 como fatores pessoais de vulnerabilidade, o que significa que são particulares de cada pessoa. As características da personalidade de cada um, como cada um lida com sua doença, quais as capacidades para processar as informações e os conflitos, o quanto cada um se deixa envolver por fatores externos, o quanto a biologia de cada um responde ao meio, aumentando ou reduzindo a dopamina cerebral, por exemplo, são considerados fatores pessoais que podem desestabilizar a doença dependendo do peso que exerçam.

Um outro grupo de fatores ligado ao risco de novas recaídas diz respeito ao meio, ou seja, ao ambiente externo, e são chamados de *fatores ambientais de vulnerabilidade*. É composto pelo ambiente social, pela família e por even-

tos da vida da pessoa. Um indivíduo que passa por um evento traumático (p. ex. a morte de algum familiar), que possui um ambiente familiar sobrecarregado (p. ex. com críticas, hostilidade, muitos conflitos pessoais) e que tem um ambiente social com muito estresse (p. ex. trabalho ou estudo com muitas cobranças e responsabilidades) tem um risco maior de recaídas do que pessoas com esses fatores bem equilibrados.

Em conjunto, fatores pessoais e ambientais de vulnerabilidade exercem forças contrárias aos fatores de proteção, desestabilizando a doença e tornando recaídas mais prováveis. No caso dos gêmeos, Márcio parece ter uma forma mais grave da doença, menos recursos pessoais para lidar com a sobrecarga familiar, um clima mais hostil e conflituoso em casa, que contribuem para que ele tenha um número maior de recaídas do que o irmão.

7.1.2 Fatores de proteção

Os fatores de proteção contra recaídas são aqueles que mais dependem do tratamento medicamentoso, psicossocial e de família, pois têm como objetivo neutralizar os fatores de vulnerabilidade e, desta forma, impedir a ocorrência de novas crises. Enquanto esses fatores tiverem um peso maior, a doença permanecerá controlada e o paciente terá mais chances de evoluir em seus objetivos.

Dentre os fatores pessoais de proteção destacam-se o tratamento medicamentoso, através dos antipsicóticos, que corrigem os níveis elevados de dopamina no cérebro (e que estão associados à maioria dos sintomas agudos da esquizofrenia) e a tolerância pessoal ao estresse, que pode ser reforçada através da psicoterapia.

No meio de convivência do paciente, ressalta-se o papel da família e do ambiente social. Quanto melhores forem, mais protetores serão para o paciente. Uma família unida, harmoniosa, paciente, respeitosa, capaz de escutar e debater com civilidade os problemas e resolver da maneira mais amena os conflitos é o desejável para todo paciente. Um ambiente social que o estimule, sem sobrecarregá-lo, mas que lhe dê prazer, diversão, que sirva para descarregar as tensões acumuladas, para se relacionar com outras pessoas amigas, que o mantenha ocupado e com objetivos que preencham seu cotidiano é o ideal para evitar novas crises. Os tratamentos de família e o tratamento psicossocial podem ajudar pacientes e familiares a perseguirem esse ideal, sendo os principais fatores ambientais de proteção.

Percebam a diferença entre Alex e Márcio. Com um ambiente familiar menos perturbado, um tratamento medicamentoso mais regular e um meio social mais estimulante (ele trabalha na loja do tio), o comportamento da doença de Alex é muito mais estável, com menos recaídas e possibilidades maiores de crescimento pessoal do que no caso de Márcio.

7.1.3 Como identificar os primeiros sinais de recaída?

O estado de alerta ocorre antes da crise psicótica aguda e é caracterizado por um aumento da vigília, com a insônia sendo um dos sintomas mais frequentemente associados com a recaída. O paciente passa a dormir menos do que o seu habitual, podendo evoluir para a insônia completa. Alguns pacientes tornam-se mais intolerantes, irritados, agitados ou agressivos. Outros podem se retrair mais, falar menos, se isolar mais da família e dos amigos. Outros sinais frequentes são: o descuido pessoal com a higiene e a aparência (além do habitual para o paciente), a perda da capacidade de autocrítica e de julgamento da realidade.

A família pode fazer uma lista com o paciente sobre os sintomas que ambos percebem como sendo sinal de uma recaída, para que sirva de material de consulta no futuro. A lista pode servir como um ponto de partida para buscar ajuda caso o paciente apresente mudanças no seu comportamento: “você se lembra da lista que fizemos com os sintomas que você teve quando estava em crise? Que tal darmos uma olhada e ver se não é necessário falar com seu médico a respeito?” Algumas famílias notam que esta iniciativa é útil na prevenção de novos episódios, por ajudar a detectar precocemente os primeiros sinais de recaída (tabela 7.1).

Tabela 7.1 Lista com as principais estratégias de reconhecimento e enfrentamento elaborada pelo grupo de familiares e pacientes do Instituto de Psiquiatria da UFRJ – IPUB em 2013

Sinais de recaída	Como lidar
Irregularidade na tomada dos remédios	Contatar o psiquiatra
Agitação	Conversar com o psicólogo
Inquietação	Escutar mais o paciente
Irritabilidade ou mau humor	Adiar dar sua opinião ou interpretar as ideias do paciente
Alteração do apetite (para mais ou para menos)	Evitar críticas e cobranças
Alterações do sono – insônia, sono agitado, acorda cedo demais	Oferecer proteção
Agressividade	Vigilância, inclusive sobre a tomada dos remédios
Ansiedade	Anotar os sinais de recaída numa lista para facilitar a identificação no futuro
Não consegue completar as tarefas que inicia	Considerar procurar um serviço de emergência ou hospital
Desorganização	Anotar um passo a passo de como agir nessas situações e quais os recursos disponíveis
Descuido da higiene e aparência	
Aumento de tiques	Em situações mais graves em que for necessário atendimento domiciliar, chamar SAMU (192) ou equipe de remoção/atendimento domiciliar especializada
Dispersão ou piora da atenção	
Isolamento	
Falar sozinho/alucinações	
Delírios	

7.2 PREVENINDO RECAÍDAS: O QUE DEVO SABER SOBRE O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO?

7.2.1 O remédio certo é o antipsicótico

Os medicamentos que tratam a esquizofrenia são chamadas de *antipsicóticos* ou *neurolépticos* (do grego, *neuron* = neuro; *leptis* = apreensão) e atuam bloqueando os *receptores de dopamina* nos neurônios. Nos esquizofrênicos, o aumento de dopamina provoca, dentre outros sintomas, os positivos, isto é, os delírios, as alucinações e as alterações de comportamento. Assim, os antipsicóticos impedem que a dopamina ocupe os receptores e hiperestime os neurônios, reduzindo os sintomas da doença e tratando a crise. A longo prazo, os antipsicóticos evitam reagudizações e previnem recaídas.

O surgimento dos antipsicóticos significou uma grande revolução na história da psiquiatria e da medicina, particularmente para o tratamento da esquizofrenia, porque permitiu a desinternação de muitos pacientes que passavam anos de suas vidas em hospitais psiquiátricos, longe de suas famílias, pela falta de controle dos sintomas da doença. A psiquiatria pôde, então, desenvolver-se mais enquanto especialidade ambulatorial, com diminuição do número e do tempo de internações hospitalares, permitindo que pacientes convivessem mais tempo com suas famílias. Com esses medicamentos foi possível alcançar índices maiores de estabilização da doença, aumentando significativamente as chances de os pacientes esquizofrênicos se ressocializarem.

7.2.2 Início da ação

O início da ação terapêutica dos antipsicóticos é lento, por isso muitos familiares queixam-se de que seus pacientes demoram a responder à medicação. O primeiro sinal do medicamento no organismo é, em geral, provocado por seus efeitos colaterais: sedação, boca seca, lentificação motora, tremores, entre outros, dependendo do antipsicótico usado. Não são esses efeitos que tratam a crise, embora alguns deles possam ser interessantes num primeiro momento, como é o caso da sedação para pacientes agitados ou agressivos.

A demora em obter o efeito desejado e a presença de efeitos colaterais frequentemente levam à suspensão precoce do medicamento e à conclusão precipitada de que ele não foi eficaz, quando na verdade não houve tempo hábil para

que fizesse efeito. O momento inicial é crucial para o tratamento a longo prazo, devendo ser discutido com o médico cada efeito colateral e como manejá-lo, não suspendendo a medicação sem o seu consentimento. A maioria dos efeitos colaterais reduz ou cessa com o passar de alguns dias ou poucas semanas.

Duas a oito semanas de uso contínuo da medicação são necessárias para que seja possível notar os primeiros efeitos terapêuticos do antipsicótico, como melhora dos delírios e alucinações e do comportamento. Entretanto, a resposta completa às vezes só pode ser verificada após 3 meses. Isso causa grande ansiedade na família, que muitas vezes procura o psiquiatra quando já está no limite de sua capacidade de tolerância, mas é fundamental que ela compreenda que a pressa nesses momentos pode comprometer todo o tratamento. Não raro atendemos famílias cujos pacientes foram tratados na primeira crise com vários antipsicóticos diferentes, por tempo insuficiente ou em dosagens baixas para que se avaliasse o seu real efeito.

7.2.3 Manutenção do tratamento

Muitos são os pacientes que melhoram dos sintomas mais agudos e se acham “curados”, não aceitando mais a medicação. Algumas famílias cedem à pressão e concordam com a suspensão do antipsicótico ou descuidam-se no controle da tomada da medicação. Essa é uma armadilha em que muitas famílias caem e que, possivelmente, levará a uma nova crise.

A recaída poderá ser imediata, poucos dias após a interrupção, mas poderá demorar meses. Nos casos em que a demora é grande, em geral associados ao uso prévio do antipsicótico por mais de 6 meses, a família e o paciente têm uma falsa sensação de que a doença desapareceu e que uma nova crise não ocorrerá. Deixam de perceber sinais subliminares de uma crise que está por vir, algumas vezes por desatenção ou desconhecimento, outras por negação ou resistência em aceitar a doença. Acabam surpreendidos por um novo surto, muitas vezes pior do que o anterior.

As perdas de um tratamento interrompido precocemente podem ser grandes, pois os pacientes retomam, através do tratamento, grande parte de seu funcionamento e de suas atividades cotidianas perdidas durante a crise. Recuperam relações familiares antes desgastadas pelos sintomas agudos da doença, fortalecem vínculos afetivos e melhoram sua autoestima. Uma segunda crise leva o paciente de volta para a escuridão e o isolamento da fase aguda, aprofunda

os desgastes emocionais com aqueles que o paciente convive, afasta projetos e ambições e traz a sensação de derrota e culpa para todos que se veem envolvidos com ele. A crise deve sempre ser evitada, pois deixa rastros por meses ou mesmo anos após, dificultando o processo de reabilitação e ressocialização do paciente, impondo obstáculos cada vez maiores. Era um paciente, por exemplo, que depois da primeira crise conseguiu voltar à faculdade, mas que após a segunda, mal conseguia sair de casa, e que após a terceira, passava a maior parte dos dias em seu quarto, sem ocupação. É claro que existem fatores ligados à gravidade da própria doença, mas prevenir recaídas é fundamental para frear a cronificação dos seus aspectos afetivos e motivacionais. E prevenir recaídas passa, antes de tudo, por manter o tratamento medicamentoso pelo tempo adequado.

A manutenção da dose eficaz do antipsicótico também é importante, porque muitas vezes a família tem a expectativa de o paciente melhorar e, com isso, poder reduzir ou mesmo interromper a medicação. A dose eficaz é aquela que tirou o paciente da crise. Ela é individual, pois há pacientes mais sensíveis e outros mais resistentes à medicação, e deve ser mantida por um período longo para evitar uma recaída.

Em muitos pacientes a dose inicial do antipsicótico não é suficiente para tratar os sintomas, sendo elevada a dosagem no segundo mês de tratamento. Há casos em que o médico decide mudar o medicamento após poucos meses, por perceber que o paciente está respondendo mal. Essas são situações comuns e denotam a complexidade do tratamento. Muitas vezes isso desperta a desconfiança da família, que não está habituada a variações de dosagens e de medicamentos e que, como parte emocionalmente envolvida e comprometida, cobra do médico alívio rápido dos sintomas.

7.2.4 Formas de administração

A maioria dos antipsicóticos é administrada por via oral através de cápsulas, comprimidos ou gotas, mas há também apresentações líquidas em ampolas para uso injetável intramuscular ou venoso. A forma injetável é útil para as crises de agitação ou agressividade em pacientes na fase aguda, particularmente para aqueles que são levados à revelia por suas famílias ou pelo Corpo de Bombeiros até os hospitais psiquiátricos. A vantagem da forma injetável é uma rápida absorção, sendo possível atingir, em poucos minutos, um efeito sedativo e calmante. Em relação à eficácia antipsicótica, não difere dos comprimidos.

Alguns antipsicóticos têm uma forma de apresentação chamada de “depósito” (*depot*). São formulações oleosas que, quando injetadas no músculo, formam um pequeno depósito da medicação, que aos poucos vai sendo liberada na corrente sanguínea. São substâncias de ação prolongada, que dispensam a administração por via oral, indicadas para aqueles que se recusam a fazer uso da medicação ou que usam os comprimidos de forma irregular. O efeito varia de 14 a 28 dias dependendo da substância, o que implica na tomada de injeções uma ou duas vezes por mês.

Em dezembro de 2011 foi lançado no Brasil o primeiro antipsicótico de segunda geração injetável de longa ação e de uso mensal, o palmitato de paliperidona (Invega Sustenna®). Até então só existiam antipsicóticos injetáveis de depósito (*depot*) de primeira geração (Haldol Decanoato®, Piportil L4®, Flufenan Depot® e Clopixol Depot®) e um de segunda geração de uso quinzenal (Risperdal Consta®).

O palmitato de paliperidona (Invega Sustenna®) representa um avanço no tratamento da esquizofrenia, pois além de ser o primeiro antipsicótico de segunda geração de longa ação e de uso mensal, ele tem uma tecnologia (nanocristais) que permite a liberação homogênea da substância na corrente sanguínea ao longo de todo o mês, evitando com isso efeitos colaterais comuns aos antipsicóticos de depósito, como efeitos extrapiramidais (parkinsonianos). Diferente dos mais antigos, a solução injetável não é oleosa, mas hidrossolúvel, causando menor desconforto no local da aplicação. Outros antipsicóticos de segunda geração estão sendo testados na forma de injeção de longa ação, devendo estar disponíveis em breve. Existe também um estudo testando o palmitato de paliperidona (Invega Sustenna®) de ação trimestral, que, sendo aprovado, será uma opção de tratamento com apenas quatro injeções por ano.

As tabelas 1, 2 e 3 do apêndice listam as principais medicações antipsicóticas disponíveis no país, seus efeitos colaterais e outras substâncias que são comumente usadas em associação aos antipsicóticos.

7.3 PREVENINDO RECAÍDAS: O QUE DEVO SABER SOBRE OS TRATAMENTOS COMPLEMENTARES?

7.3.1 Reabilitação psicossocial

A reabilitação psicossocial consiste em atividades de grupo com o objetivo de ressocializar os pacientes para o convívio em sociedade. Envolve oficinas lúdicas e recreativas que estimulam o relacionamento pessoal, treinam habilidades que os pacientes têm, mas que não praticam por falta de estímulo ou vontade, e criam objetivos novos, ampliando os horizontes para além da doença. No Brasil, o principal centro criado com esse objetivo é o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. Nele os pacientes contam com tratamentos psiquiátrico e psicológico, discutem sobre sua doença e seus sintomas, participam de oficinas variadas, como de pintura, música, teatro, leitura, gastronomia e trabalhos manuais para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de aptidões pessoais. Realizam também passeios, organizam festas e ajudam na arrumação e manutenção do espaço. Geralmente são casas com diferentes ambientes, coordenadas por técnicos capacitados, onde a rotina de atividades e a organização do espaço são definidos em reunião com os pacientes. Essa iniciativa tem contribuído para reduzir o número de reinternações psiquiátricas, melhorar a adesão do paciente ao tratamento e aliviar a sobrecarga familiar.

Muitos pacientes beneficiam-se desse tratamento, tornando-se menos introspectivos, mais sociáveis, comunicando-se e organizando melhor suas ideias, interagindo melhor em ambientes sociais e adquirindo hábitos mais compatíveis. Um aspecto central da reabilitação é encontrar um objetivo maior que possa resgatar o cotidiano dessas pessoas, canalizando sua energia e motivação para algo produtivo, que lhes devolva a autoestima e o sentimento de valor na sociedade.

Alguns conseguem evoluir a ponto de aprender um ofício e de conseguir um trabalho, fora dos limites da instituição psiquiátrica. Por esse motivo, os centros de reabilitação devem desenvolver atividades voltadas para o trabalho, almejando que os pacientes mais preservados e com maior autonomia possam alcançar um emprego e retomar suas vidas de maneira mais independente. O trabalho assistido é um emprego de transição, onde o paciente é acompanhado por médicos e terapeutas para avaliar se existem condições de trabalho sem prejuízos à sua saúde, antes que ele assuma um emprego com cobranças e responsabilidades comuns a qualquer pessoa saudável.

7.3.2 Psicoterapias

A psicoterapia tem o objetivo de acompanhar individualmente o paciente nas suas dificuldades, conflitos e necessidades pessoais. Ela pode ser realizada em conjunto com o tratamento medicamentoso e de reabilitação, mas não deve substituir nenhum deles. O profissional responsável pela psicoterapia deve ter acesso à equipe médica e relatar os sintomas e mudanças comportamentais e emocionais do paciente, assim como orientá-lo na busca de ajuda.

Existem diversas abordagens psicoterápicas, dentre as quais se destacam a psicanálise e a terapia cognitivo-comportamental. Os pacientes com um bom nível de funcionamento e com uma percepção melhor de seus problemas e limitações beneficiam-se mais do que aqueles com um nível maior de comprometimento. Por esse motivo, a psicoterapia deve ser oferecida aos pacientes que se mostrem receptivos a esse tratamento. Já algumas técnicas psicoterápicas menos convencionais, como a hipnose, terapias de regressão, entre outras, não têm demonstrado benefícios na esquizofrenia.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é a técnica mais estudada e com maior nível de evidência científica entre as demais psicoterapias. Ela baseia-se nas dificuldades concretas do paciente, o “aqui e agora”, e procura envolvê-lo de forma flexível e colaborativa, mais pautada no estresse e na sua vulnerabilidade, do que na doença esquizofrenia. O que o paciente gostaria de mudar? Quais os principais problemas que ele enfrenta? A elaboração de uma lista de problemas, definição de metas de curto e longo prazo e tarefas para casa ajudam o paciente a lidar melhor com suas limitações e sintomas. Dependendo da disponibilidade dele, a TCC pode incluir a psicoeducação (ensinar o paciente sobre sua doença) e testar a realidade, confrontando e buscando explicações alternativas para as falsas percepções. A TCC mostrou ser eficaz para os sintomas positivos, negativos e cognitivos, para o funcionamento social e para a adesão ao tratamento médico.

7.3.3 Reabilitação cognitiva

A reabilitação cognitiva tem como objetivo treinar e recuperar funções comprometidas pela doença, como atenção, memória, planejamento estratégico, entre outras. Esse tratamento ainda é pouco difundido, porque o entendimento

acerca dos prejuízos cognitivos causados pela esquizofrenia é recente e ainda objeto de estudo. Contudo, são muitos os trabalhos na área que reforçam o papel do treinamento cognitivo na melhoria dos sintomas e da qualidade de vida.

Em alguns países da Europa, a reabilitação cognitiva é realizada em conjunto com a reabilitação psicossocial, através de oficinas que mesclam atividades lúdicas e recreativas com o treinamento de hábitos e comportamentos em situações sociais, trabalhando o raciocínio, a capacidade de planejamento e monitorização do próprio comportamento com vistas a um objetivo final, aperfeiçoando assim o desempenho social.

Os pesquisadores argumentam que os prejuízos cognitivos estão por trás de muitos sintomas negativos e das dificuldades sociais que os pacientes apresentam, tanto que aqueles com um menor nível de disfunção cognitiva possuem um melhor funcionamento social.

7.3.4 Treinamento metacognitivo

O treinamento metacognitivo surgiu a partir de estudos sobre a “Teoria da Mente” ou metacognição, função que nos permite compreender nossos estados mentais e interpretar o estado mental de outra pessoa, como suas crenças, intenções, desejos, conhecimento, etc., a partir de nossa observação. Através da capacidade de empatia podemos intuir o que o outro está sentindo, se está triste, apreensivo ou com medo. Através desta função somos capazes, por exemplo, de nos colocar no lugar do outro e nos solidarizarmos com a sua dor ou com a sua alegria. Essa percepção é teórica, na medida em que é impossível inferir exatamente o que a outra pessoa está de fato sentindo ou pensando e por isso é chamada de “Teoria da Mente”, como se criássemos uma hipótese sobre o que deve estar passando na mente do outro. Esta capacidade se desenvolve ao longo da infância e adolescência a partir da interação social e pressupõe o desenvolvimento de um modelo abstrato de como a mente funciona, análogo ao modelo que possuímos a respeito do funcionamento do mundo. Este modelo vai sendo adaptado e aperfeiçoado de acordo com nossa experiência emocional (cognitiva), social e cultural. A Teoria da Mente é afetada por alguns transtornos, como autismo, Asperger e esquizofrenia.

O treinamento metacognitivo baseia-se nos fundamentos do modelo cognitivo-comportamental, mas tem como objetivo aumentar a consciência dos pacientes sobre as distorções da realidade e ensiná-los a refletir de forma

crítica sobre os fatos para melhorar suas habilidades para resolver os problemas e para sair do estado psicótico, evitando assim as recaídas. O treinamento ajuda o paciente a considerar outras alternativas às suas crenças, a não tirar conclusões precipitadas e a detectar “armadilhas” cognitivas, evitando ou suprimindo pensamentos ou substituindo-os por estratégias mais benéficas.

Está disponível na *internet*, no site www.uke.de/mkt, um modelo de treinamento cognitivo em oito módulos, desenvolvido pela Universidade de Hamburgo, na Alemanha, em vários idiomas, inclusive em português.

7.3.5 Eletroestimulação

- Eletroconvulsoterapia ou eletrochoque (ECT)

O eletrochoque ou eletroconvulsoterapia (ECT) ainda é usado em alguns casos, principalmente naqueles que não respondem ao tratamento medicamentoso ou em situações em que o risco de vida é grande e não se pode aguardar algumas semanas para o efeito do antipsicótico. Na catatonia, por exemplo, em que o indivíduo pode se desidratar ou se desnutrir com rapidez, gerando complicações médicas graves, o ECT pode ser usado como primeiro recurso terapêutico.

Atualmente, o ECT é realizado em condições totalmente diferentes do passado, sendo regulamentado no Brasil pelo Conselho Federal de Medicina. O paciente é monitorado em relação aos seus batimentos cardíacos, pressão arterial e respiração, anestesiado por um médico-anestesiologista e, somente após inconsciente, recebe o tratamento.

O ECT atua no cérebro liberando maciçamente os neurotransmissores através do estímulo elétrico aplicado pelo aparelho. Na maioria dos casos é necessário de seis a doze sessões (em dias diferentes) para que o efeito completo do tratamento possa ser notado. É um tratamento eficaz e com resposta rápida, percebendo-se a melhora progressiva à medida que as sessões avançam. O principal efeito colateral são as alterações de memória durante o período de tratamento, que melhoram após o término. Alguns pacientes precisam fazer sessões de manutenção para evitar recaída, mas a maioria volta a se tratar com antipsicóticos.

- Estimulação Magnética Transcraniana (EMTr)

Estimulação Magnética Transcraniana (EMTr) é um método de tratamento não invasivo que estimula os neurônios através da despolarização ou repolarização das membranas por uma corrente elétrica fraca obtida através de um campo eletromagnético que varia rapidamente. Ela é capaz de gerar uma atividade em partes específicas do cérebro com um mínimo de desconforto, servindo de tratamento para doenças como: depressão, alucinações (no caso da esquizofrenia), enxaqueca, doença de Parkinson, distonias, zumbidos, dentre outras, sem a necessidade de cirurgia ou implantes de eletrodos, como ocorre com a estimulação cerebral profunda (DBS – *Deep Brain Stimulation*).

A EMTr também se diferencia da eletroconvulsoterapia (ECT). A EMTr é um procedimento não invasivo, indolor, feito com o paciente acordado, sem a necessidade de anestesia. A corrente elétrica tem intensidade muito inferior à utilizada na ECT, a estimulação é mais superficial (no nível cortical, enquanto a ECT atinge o subcórtex do cérebro) e focal (na ECT ela é generalizada). Isso dá a possibilidade de aplicar a estimulação por mais tempo numa mesma área e a fazer sessões mais frequentes (até diariamente, dependendo de cada caso, já na ECT a frequência máxima é de 3 vezes por semana).

A tabela 7.2 mostra as diferenças entre os dois métodos de tratamento.

Tabela 7.2 Características dos tratamentos de eletroestimulação

	EMTr	ECT
Efeitos colaterais graves	Nenhum	Nenhum
Efeitos colaterais leves e transitórios	Contrações faciais Vermelhidão na pele sob o local da aplicação Ansiedade durante e após o exame Dor leve ou desconforto Sensação de calor Sensibilidade ao toque Dor de cabeça	Deficiência da memória de curto prazo Sonolência após o tratamento Confusão mental induzida pela convulsão ou pela anestesia

7.4 PREVENINDO RECAÍDAS: O QUE DEVO SABER SOBRE O PAPEL DA FAMÍLIA?

É indiscutível no meio científico o papel fundamental da família na estabilização da esquizofrenia e na prevenção de recaídas. O alto grau de emoção-expressa (E.E.), com todas as características que descrevemos no capítulo anterior, é um dos principais fatores de desestabilização. A figura 7.2 ilustra esquematicamente como isso se processa.

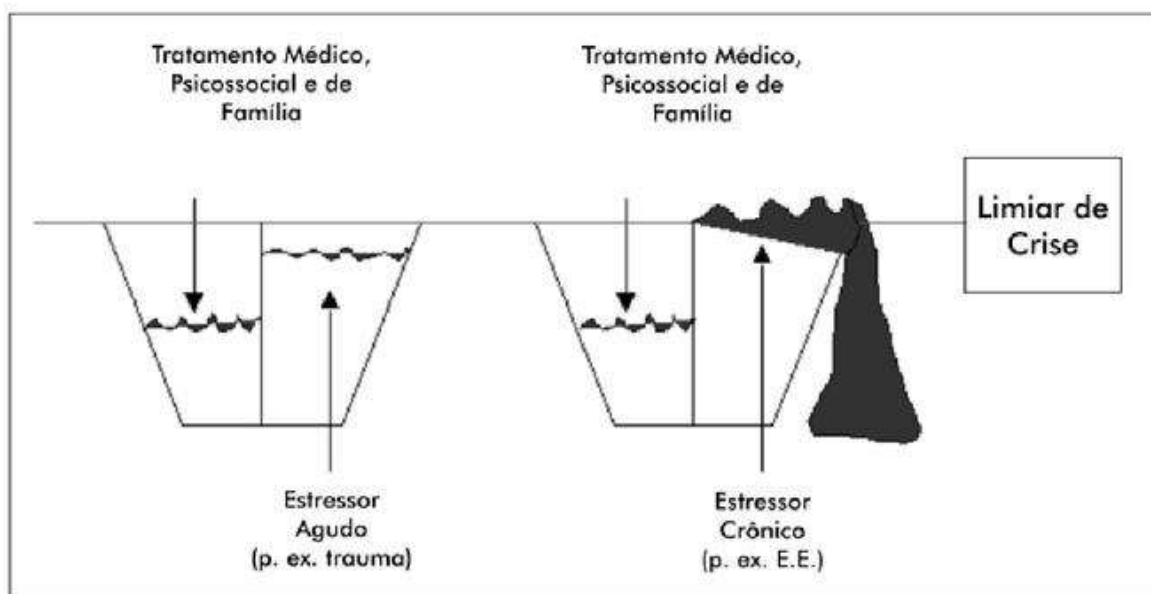


Figura 7.2 Diagrama do papel do estresse agudo/crônico na recaída da esquizofrenia.

A esquizofrenia é uma doença que aumenta a vulnerabilidade da pessoa ao estresse, fazendo com que traumas, brigas, desavenças, discussões, frustrações, entre outras, contribuam para o desencadeamento de uma crise ou para a piora dos sintomas. A medicação, o tratamento psicossocial e a terapia de família tentam melhorar a condição clínica do paciente e afastá-lo do limiar da crise, que uma vez atingido provocará sintomas agudos da doença. Entretanto, os fatores de estresse, inclusive os de ordem familiar, podem aproximá-lo do limiar, ainda que os tratamentos sejam mantidos de forma adequada. O estresse crônico, ou seja, aquele que não é proveniente de um trauma agudo, por exemplo, mas que ocorre pelo acúmulo de estressores menores ao longo do tempo, é o que mais coloca em risco a estabilidade da doença. Por isso a necessidade de nos preocuparmos com os altos índices de E.E., por serem esses os principais

desestabilizadores a longo prazo. Uma metáfora que serve bem de exemplo é a seguinte: o que incomoda mais você, um estrondo alto, mas que ocorra uma única vez, ou um barulho metálico, mais baixo, mas que ocorra regularmente a cada minuto durante um dia inteiro? A maioria optará pelo segundo barulho como o mais perturbador. Portanto, para a esquizofrenia, o estresse crônico, aquele que ocorre cotidianamente, é mais prejudicial na evolução a longo prazo da doença do que o agudo, como um incidente ou a perda de algum familiar querido.

Identificar os padrões emocionais predominantes nas famílias é o primeiro passo. Depois é necessário dar informações sobre a doença e sobre os perfis emocionais que comumente coexistem com ela, pois grande parte dos familiares conseguirá mudar muitos de seus hábitos e atitudes simplesmente identificando seu padrão disfuncional e corrigindo-o. Outros precisarão de uma orientação especial, um acompanhamento regular de suas dificuldades, ajudando-os a solucionar conflitos e problemas à medida em que aparecerem.

Estudos comprovam que a terapia de família e a redução dos níveis de E.E. podem diminuir as taxas de recaídas e internações em até 70 %. O efeito é mais nítido quanto mais tempo a terapia e as mudanças dos padrões emocionais perdurarem.

Portanto, é preciso ficar claro que atitudes positivas por parte da família podem ajudar muito na recuperação do paciente, assim como atitudes negativas, conflitos e estresse podem prejudicar sua estabilidade. O depoimento de Michelle, dado ao final de um dos cursos sobre esquizofrenia para familiares, ilustra bem como mudanças, na sua maioria simples, podem ter repercussões grandiosas e transformar as relações com o paciente.

Olá, meu nome é Michelle, tenho 40 anos e tenho um irmão esquizofrênico com 53 anos. O curso para mim foi de grande valia, eu mudei a maneira de me comportar diante do meu irmão, de aceitá-lo com as suas dificuldades por conta da doença. Antes, eu me revoltava com a doença, tinha raiva, ficava muito zangada quando ele se comportava mal ou quando ele não sabia como agir e brigava com ele. Até há alguns anos atrás, muitas vezes eu usava palavras agressivas, grosseiras, como "Você está maluco! Por que fez isso? Por que não consegue? É tão incapaz!" Agora, eu mudei o meu comportamento, porque no curso eu aprendi que meu irmão, além dos medicamentos, do tratamento psiquiátrico, do hospital-dia, ele depende do amor de seus familiares e amigos para melhorar, para ter uma qualidade de vida maior e conviver com a esquizofrenia. Meu irmão melhorou muito. É uma outra pessoa, desde que eu vim para o curso. Realmente as mudanças foram grandes, gritantes, por isso

eu quero deixar meu depoimento para vocês. Meu irmão e eu, por exemplo, jamais tínhamos saído juntos, sozinhos, e agora a gente sai quase que toda semana para atividades sociais. Meu irmão nunca tinha entrado num shopping center, agora ele vai ao shopping comigo escolher suas próprias blusas. Não aceitava tirar fotografias. Agora, no meu último aniversário, nós tiramos muitas fotos e filmamos o parabéns e ele fez questão de participar e aparecer em tudo. Na manhã do meu aniversário, ele me deu os parabéns sem que eu o lembrasse. Ele tem uma grande dificuldade com datas e horários. Costumo dizer para todas as minhas amigas, que as pessoas têm compaixão dos deficientes físicos, dos idosos... Todos se compadecem, mas a doença mental, não! Todos se esquivam, as pessoas têm medo, receio, ninguém quer ajudar. Mas os doentes mentais são pessoas cheias de sentimentos, apenas portadores de um transtorno. Meu irmão, agora, é uma pessoa mais feliz, porque a irmã dele está se tratando, porque ela sabe agora como se comportar e como reagir às atitudes dele. O último exemplo que eu queria dar é que ele tem um comportamento muito infantil, ele costuma cantarolar e fazer uma voz de criança. Antes, isso era motivo para que eu gritasse, brigasse com ele, agora, eu pergunto para ele: "Nossa, você gosta dessa música? Eu também, é tão bonita, né? Vou baixar na internet essa música para você!" E ele imediatamente para de ser infantil, porque está sendo mais respeitado. Com os outros familiares a gente ainda tem um monte de barreiras, muitos problemas, quase ninguém o aceita, mas ele comigo já está se abrindo, conversando, está bem melhor. O curso me ensinou tudo isso. Através dos depoimentos das outras famílias, eu comecei a perceber que a esquizofrenia é apenas mais uma doença, que merece ser tratada e que o paciente merece, sim, ser feliz. Tenho a dizer que o curso é muito importante para qualquer familiar de esquizofrênico. Obrigada".

A maioria dos familiares tem expectativas de cura da esquizofrenia para seus pacientes. Isso leva ao pessimismo e a frustrações ao longo do tratamento, que ainda não pode oferecer a cura definitiva da doença. Por outro lado, trabalhar com o conceito de remissão ou recuperação traz alívio e abre novas perspectivas.

Os estudos mostram que a maioria dos pacientes pode ter uma boa evolução, com longos períodos de estabilidade e grandes chances de reabilitação, alcançando um bom nível de funcionamento social e familiar. Isso inclui saber lidar com sua doença, ter maior capacidade de autorreconhecimento e determinação. É possível acreditar numa vida saudável e próspera, mesmo tendo que conviver com a doença e seus percalços.

Conversando com os familiares podemos perceber isso. Muitos relatam longos períodos de bem-estar e harmonia, ainda que alguns sintomas leves da

doença estejam presentes. Para isso, é preciso conhecer e aceitar a esquizofrenia, compreender que limitações podem existir, mas que o paciente pode, aos poucos, superá-las com a ajuda de todos.

Uma atitude positiva, compreensiva, conciliadora e afetuosa como a de Michelle em seu depoimento pode revolucionar a vida dos que convivem com a doença. Aceitar o diagnóstico, enxergar o potencial de cada um para além dos seus sintomas, procurar dar o melhor de si, com respeito e afeto, pode não só fazer muito pelo relacionamento mútuo, como devolver a qualidade de vida perdida pelos meses ou anos de conflito. Nos vários exemplos ao longo do livro e na nossa vivência prática, a evolução dos pacientes e sua capacidade de superar a própria doença refletem muito o seu ambiente familiar e social.

A expectativa de cura não deve paralisá-los e adiar a oportunidade de construir uma vida plena. Vencer as adversidades e limitações que porventura a doença trouxer, zelar pela sua estabilidade e recuperação desde o princípio, ter seus próprios objetivos com dignidade e propósito, enfim, levar uma vida ativa, onde o desejo de viver, trabalhar, aprender e participar inteiramente de sua comunidade sejam respeitados, não precisa aguardar por milagres e pode começar desde já.

ACONTECEU NO SITE

ENTENDENDO A ESQUIZOFRENIA.COM.BR...

Esquizofrenia refratária: quando o remédio não resolve, o que fazer?

Apesar do inegável avanço do arsenal farmacológico para o tratamento da esquizofrenia, com medicamentos cada vez mais eficazes e melhor tolerados, estimativas indicam que um a dois pacientes em cada dez que se tratam não melhoram com a medicação. Este percentual pode aumentar se considerarmos aqueles que respondem parcialmente ao medicamento, mantendo, ainda assim, um nível significativo de sintomas que impactam sobremaneira a sua qualidade de vida.

A falta de resposta aos medicamentos pode estar associada a outros fatores, como a não adesão ao tratamento, com tomadas irregulares da medicação e interrupções frequentes, dosagens insuficientes ou excessivas, gerando baixa eficácia ou muitos efeitos colaterais, abuso de drogas e álcool, estresse crônico em decorrência de fatores sociais e familiares e gravidade da própria doença.

A esquizofrenia refratária (ou resistente) pode ser identificada quando, apesar do tratamento adequado, o paciente mantém sintomas agudos da doença, como delírios e alucinações, alterações graves do comportamento, desorganização mental marcante e isolamento social e emocional progressivos. A sensação que familiares têm nessa hora é que o tratamento não está funcionando ou mesmo que está trazendo mais malefícios do que benefícios em decorrência dos efeitos colaterais. A sensação de sobrecarga nestes casos aumenta muito, pois a família perde a esperança por não ver uma luz no fim do túnel.

A esquizofrenia não é uma doença incontrolável ou um atestado de insanidade para o resto da vida. Pacientes e familiares precisam compreender que existem alternativas à ausência de resposta aos medicamentos utilizados até o presente momento e que a pessoa pode se recuperar e ter uma melhor qualidade de vida no futuro.

A medicação indicada para os casos resistentes é a clozapina, cujo nome comercial no Brasil é Leponex, fabricado pelo laboratório suíço Novartis. Esta molécula existe desde a década de 1970, mas, devido a um efeito colateral, foi suspensa e liberada somente na década de 1990. Este efeito é conhecido como agranulocitose, caracterizado por queda dos glóbulos brancos, células de defesa do nosso organismo, também chamados de leucócitos. Isto deixaria a pessoa em risco de infecções. Estudos científicos e a experiência clínica ao longo dos anos mostraram que este efeito é raro e ocorre em menos de 1% dos pacientes tratados, o que foi determinante para que a medicação voltasse às prateleiras das farmácias no mundo todo.

O período de risco de agranulocitose é nos primeiros 4 meses de uso do medicamento, depois ela é ainda mais rara. Neste sentido, é recomendado que o paciente faça exames de sangue (hemograma) semanalmente nas primeiras 18 semanas, sendo possível assegurar que, caso ocorra redução dos glóbulos brancos, o medicamento será logo interrompido e os leucócitos voltarão rapidamente aos níveis normais, sem graves consequências para o paciente.

Os benefícios da clozapina são evidentes na maior parte dos casos refratários e não se justifica que ela seja relegada em função de um risco baixo. Muitos pacientes, que antes não tinham alívio para seus sintomas e que, em função disso, não conseguiam levar uma vida estável e produtiva, encontraram na medicação uma nova esperança em sua caminhada.

COM A PALAVRA, O PACIENTE...

Qual o papel da medicação no tratamento da esquizofrenia?

Opinião dos pacientes no fórum da comunidade virtual do site entendendoesquizofrenia.com.br

@antonio: para mim sem medicamentos não tem como se recuperar da esquizofrenia. Eu acredito que cada antipsicótico tem seu valor, sua forma de utilização e sua eficácia no tratamento de diversas pessoas diferentes, com diversos graus de problemas e situações. Por exemplo, eu não creio que um antipsicótico de segunda geração será sempre melhor que um de primeira, pois, creio que os de primeira geração, mesmo que sejam mais antigos, tem melhor efeito em determinados casos. Eu já fui medicado com antipsicóticos de primeira geração por seis anos, aproximadamente, e, depois mudei para um de segunda geração.

@mariana: a medicação, pra mim, é essencial por controlar os sintomas, principalmente as alucinações auditivas e ideias persecutórias, concedendo assim como que um alívio no turbilhão de pensamentos, amenizando, acalmando e descansando de certa forma a mente, proporcionando que possamos voltar nossa atenção e energia no que devemos fazer, no que tange à realidade, nas coisas concretas, no dia a dia. E considero que sem a medicação isso não seria possível, pois esses sintomas absorvem todas as nossas forças, nosso ser e, por conseguinte, nossa vida. Sozinha não dá. Pois independe da nossa vontade.

@lucas: como a Mariana falou, pra mim também é difícil ter um dia a dia normal sem a medicação, é praticamente essencial para mim pelo menos. Eu também tive alucinações auditivas como a Mariana, por isso uso o remédio, notei que as vozes desaparecem, até para dormir eu tenho que tomar, o remédio é a minha camisa de força moderna, digamos.

@will: gente... aproveitando, quais medicamentos vocês tomam?

@antonio: oi, Will! Eu acho que a esquizofrenia pode começar com sintomas negativos primeiro ou positivos. Portanto, depois que se dá início o processo pode-se passar pelo outro e vice-versa, como uma coisa cíclica, mas não estou falando de estado de humor cíclico, como o caso dos bipolares, e sim de episódios dentro de um quadro esquizofrênico onde o doente está desanimado, cansado, sem energias e depois ele passa em outro período a ver coisas, ouvir vozes e por aí vai... ou vice-versa! Então eu acho que para controlar melhor isso, talvez tenha-se que ajustar melhor a medicação mesmo. Dentro do quadro de esquizofrenia, eu aprendi que a pessoa também pode desenvolver um quadro de depressão, pois, eu mesmo já tive diagnóstico de depressão depois que fui diagnosticado esquizofrênico. Quanto à medicação, é bom lembrar que cada paciente tem suas próprias necessidades, portanto, a medicação que serve para um pode não servir ou não ser adequada para outros. Não sou muito fã de dizer que medicação eu uso para não influenciar outros a pedirem a seus médicos para receitar-lhes do mesmo, pelas razões que apresentei, além do que informar o tipo de medicação não significa quase nada sem informar a dosagem e a forma de tomar. (...) Tudo certo, Will? Felicidades!

@will: aliás, sem querer incomodar, quando há esses sintomas de desconfiança, rispidez, alucinação auditiva... você se lembra de em algum momento ter pensado em parar de tomar a medicação? Tenho receio de que minha mãe possa ter essa ideia e, apesar de sempre perguntar a ela sobre o remédio e ela afirmar que está tomando, pode não estar. Muito obrigado, Antônio.

@antonio: Will, em alguns momentos eu pensei em deixar de tomar a medicação por diversos e diferentes motivos, mas também há a influência de pessoas que muitas vezes tentam convencer o doente a não se medicar para doenças mentais e somente confiar no poder divino ou algo assim. Tenho conhecimento de casos de pessoas que deixaram de tomar a medicação e fingiam estar tomando, todas tiveram piora no quadro. Tome conta da sua mãe direitinho para ter certeza de que ela está se medicando. Até mais!

@flavia: bem a medicação foi a minha salvação, podemos dizer assim, ela que me tirou do turbilhão em que eu vinha me fechando, não que a situação de fora tenha mudado, mas eu mudei. Melhorou minhas angústias, melhorou meus medos, acabaram as vozes ruins, estou mais serena. Acho que a medicação foi importantíssima. Sem essa medicação eu não estaria aqui escrevendo serenamente isso.

@patricia: bem, desde que me entendo por gente, detesto remédio! Mas preciso deles... quando criança não gostava de seu gosto amargo, alguns eram assim, já na adolescência não queria nem tomar pra dor de cabeça. E quando adulta, não gostava de tomar anticoncepcional. Ou seja, não gosto de sua regularidade porque não quero estar dependente. Mas sei dos seus benefícios e aprovo, em um curto período. Não quero passar o resto dos meus dias tomando, mas se for preciso, faço esse sacrifício!!! Mas detestoooo e pronto!

DEPOIMENTO: "TUDO QUE CONQUISTEI APÓS A DOENÇA SÓ FOI POSSÍVEL COM A AJUDA DE DEUS, DA MEDICAÇÃO E DOS MEUS FAMILIARES"

Olá, me chamo Vanessa, sou advogada e tenho 26 anos de idade. Vou relatar um pouco da minha história para vocês. Em 2011 tive um surto psicótico, que já foi confirmado pelo médico como sendo esquizofrenia.

Quando estava no 3º ou 4º ano de faculdade, por volta de 2007 ou 2008, comecei a me relacionar com uma pessoa mais velha pela *internet*. Foi aí que as coisas começaram a complicar. Comecei a ler percebendo significados ocultos dentro das mensagens de *e-mails*, era como se a frase possuísse um significado além daquele escrito. Em alguns momentos cheguei a cortar as sílabas de palavras, juntando umas com as outras, buscando "ler" o interior (a mente) da pessoa. Se alguém já leu *A psicopatologia da vida cotidiana*, de Freud, vai chegar perto do que eu quero dizer. Lembra um pouco, num nível muito mais abaixo, as cenas do filme *Uma mente brilhante*, quando ele começava a cortar jornais buscando decifrar códigos. Nunca fiz isso, mas era um pouco parecido.

Em 2009, depois de me formar, senti um grande abalo, pois ganhava cerca de R\$ 1.000,00 só com os estágios, fora a mesada que meus pais me davam de quatrocentos reais. De repente, de uma hora para outra, me vi ganhando um terço do que ganhava antes e fiz uma dívida no banco. Comecei então uma busca pelo dinheiro e por qualquer emprego, qualquer coisa para que eu pudesse pagar aquilo que devia.

Em meados de 2010 entrei no meu primeiro emprego e, dentro de um mês, achei que um colega meu estivesse gravando a minha conversa. Ele abriu o celular e deixou aberto enquanto eu me queixava de uma chefe. Era um celular de *flip*. Até hoje não sei se foi verdade ou não, pois vi e ouvi muitas vezes um chefe e esse mesmo colega dizer: “cuidado, estou gravando sua conversa”. No momento pensei que ele estivesse gravando a conversa a fim de me prejudicar perante minha chefe. Mas não sei se isso já era início da doença. Depois desse fato, pedi demissão e fiquei em casa. Minha mãe acabou pagando a dívida no banco. Mas esse período foi de muito estresse. Também queria passar logo num concurso de alto nível.

Não lembro exatamente quanto tempo depois, acho que uns seis meses, comecei a pensar que essa pessoa com quem me relacionava na *internet* estivesse me perseguindo. Imaginava que ela queria muito o meu mal, porque eu já não queria mais nada com ela. Antes da crise propriamente dita, começou com uma sensação estranha, sentia que algo não ia bem. Senti também um pouco de depressão, vinha um choro fácil. No curso de inglês, comecei a antipatizar com a professora, achando que ela, talvez chateada, queria o meu mal e que estivesse de conluio com esse “ex-paquera”.

Uma colega do trabalho voluntário que eu fazia, começou a perceber que eu andava muito encucada, pois ao aguardar a carona eu ficava do outro lado da rua, pensando que pudesse ter “assaltantes” ou pessoas estranhas me olhando. Então ela me recomendou que eu fosse num psiquiatra, disse que não era nada demais ir se consultar com o médico.

Em maio de 2011 eu fiz uma viagem maravilhosa, descansei tudo que precisava. Mas na volta, dentro do ônibus, achei que uns passageiros estivessem transportando droga e que o passageiro sentado ao meu lado era um detetive enviado pelo meu “ex-paquera” e que estava ali acabando por me proteger. Foi algo muito tenso, fiquei com medo de que houvesse

algum confronto entre esses passageiros, cheguei a ouvir um deles dizendo: “você trouxe a caneta?” Imaginei que ele estivesse querendo dizer uma arma, só que em código. Não dormi a noite inteira. Depois, quando cheguei em casa, contei toda a história da viagem para minha mãe e irmãs, elas diziam que não era nada, que eu estava imaginando coisas, que a viagem foi toda tranquila. Porém, eu me lembrei do que minha colega disse e pedi para ir num psiquiatra.

Fui a um psiquiatra já em crise. Chegando lá, contei com meias-palavras o que estava se passando, não confiei nele, achava que os fios de telefone soltos eram uma escuta desse “ex-paquera” para saber o que eu pensava. relatei apenas que sentia medo, perguntei até se tinha esquizofrenia (mesmo sem saber o que isso significava), pois na minha família há histórico. Ele disse que não era e me tratou como síndrome do pânico.

Então as coisas evoluíram eu comecei a pensar que esse meu “ex-paquera” enviava mensagens pela televisão, como indiretas. Não podia tomar banho, pois pensava que tinha câmeras e escutas por toda a casa. Vestia apenas roupas de uma cor, pensando desviar de um código. Enfim, fiquei em crise mesmo. Não queria sair de casa, ficava o tempo todo numa cama e não queria que meus familiares saíssem de casa também, com medo. Pensei em ir num delegado, em fazer seguro de vida, etc.

Tomei Lusirol¹ e mudei de médico. Para ficar completamente recuperada e consciente da doença levei uns 9 meses, descobri que tinha esquizofrenia lendo o relato de pacientes num livro de psiquiatria (Kaplan), principalmente por causa da história da televisão.

Hoje estou bem, em remissão como dizem. Não é fácil saber da doença, pois tudo que se lê, principalmente em livros antigos, é desanimador. Para contornar essa situação, eu planejo alternativas e busco ler notícias novas. Vou sempre ao médico, pago o INSS, procuro estar em constante exercício, fazendo jogos de raciocínio verbal, redações e leitura e pratico natação.

1 Os nomes dos medicamentos foram substituídos por nomes fictícios para não estimular a automedicação ou influenciar no tratamento com base em experiências pessoais.

Não sou muito disciplinada, mas faço tudo na medida em que posso. Hoje me cobro menos, sou mais humilde, tenho objetivos mais simples. Procuro me manter mais próxima das pessoas, fazendo contato com meus amigos e colegas. Isto para mim não é fácil, em um encontro social só me sinto bem se estiverem presentes ao menos duas pessoas. A conversa não flui com naturalidade, é algo que percebo. Porém, consigo expressar mais o meu descontentamento com as coisas. Sou uma pessoa naturalmente tensa e preocupada, mas tento relaxar, sorrir, dormir bem. Tomo a medicação regularmente, todos os dias, no mesmo horário. Consegui aprovação em 4º lugar num concurso e estou fazendo um trabalho voluntário num órgão público federal. Dei uma entrevista para o Yahoo na condição de advogada, são coisas que me alegraram muito. Tudo que conquistei após o surgimento da doença só foi possível com a ajuda de Deus, medicação e dos meus familiares.

Agradeço muito a Deus, aos meus pais, às minhas irmãs e ao médico.

Espero que vocês tenham se identificado com algo que eu disse aqui e que eu possa ter ajudado de alguma forma. Se virem alguém com algum desses sintomas, ajudem – indiquem um psiquiatra.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

1) A homeopatia, os medicamentos naturais (fitoterápicos) e a medicina ortomolecular podem ser úteis no tratamento da esquizofrenia?

O único tratamento farmacológico testado e validado cientificamente para a esquizofrenia é o antipsicótico. Os antipsicóticos são medicações desenvolvidas e produzidas pela indústria farmacêutica a partir de um controle rigoroso, exercido inclusive por órgãos governamentais independentes, como o FDA (*Food and Drug Administration*), nos EUA, e a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e o Ministério da Saúde, no Brasil. Ademais, os antipsicóticos são objetos de estudo e pesquisa em diferentes países do mundo, com sua eficácia demonstrada em diferentes povos e culturas ao longo de décadas. O uso responsável e controlado pelas agências governamentais permite que possíveis efeitos colaterais graves sejam notificados e conhecidos pela classe médica e pelos laboratórios farmacêuticos, adotando medidas que protejam a população.

As medicações fitoterápicas, ortomoleculares e homeopáticas não têm comprovação científica na esquizofrenia e seu uso no tratamento dessa doença não é validado por órgãos brasileiros e internacionais. A crença de que essas medicações são inócuas e não trazem riscos à saúde é outro equívoco que muitas vezes atrai pacientes para esse tipo de tratamento. Contudo, substâncias desse tipo podem causar efeitos colaterais, interagir com a medicação psiquiátrica, interferir em sua ação no organismo ou mesmo estimular neurotransmissores que podem desestabilizar o quadro clínico do paciente.

2) A medicação antipsicótica pode provocar alergia?

Todos os medicamentos são passíveis de causar reações alérgicas. O tipo de reação mais comum é a urticária (manchas avermelhadas pelo corpo e prurido). Raramente podem ocorrer reações mais sérias, como o edema de glote ou choque anafilático. Deve ser do conhecimento do médico a ocorrência de quadros alérgicos ou dermatológicos, bem como as alergias que o paciente já apresentou ao longo de sua vida.

3) Qual o risco de parar a medicação por alguns dias sem ordem médica?

O risco de uma recaída é grande, mesmo quando a medicação é interrompida somente por alguns dias. Às vezes a família perde a consulta ou não tem a receita para comprar o remédio e o paciente passa alguns dias sem cobertura. Na maioria das medicações de uso oral, um a três dias sem o remédio é suficiente para reduzir em mais de 50 % a dose do antipsicótico no sangue. Alguns pacientes pioram em até dois dias sem a medicação, por isso a importância da regularidade. Ela não deve, em hipótese alguma, ser interrompida sem o consentimento do médico.

4) Existem interações entre as medicações psiquiátricas e as medicações clínicas (antibióticos, anti-inflamatórios)? Como proceder?

Os antipsicóticos e demais medicações utilizadas na esquizofrenia são metabolizadas por diferentes enzimas do fígado, que também metabolizam outras medicações para propósitos diferentes, como infecção, hipertensão, diabetes e outras doenças. A interação entre elas é complexa e somente o médico poderá autorizar o uso de outros medicamentos em pacientes que utilizam antipsicóticos. O familiar precisa consultar o médico sobre o uso de medicações rotineiras, como as utilizadas eventualmente para dor ou febre (antitérmicos e anti-inflamatórios),

para saber quais poderão ser usadas. No caso de pacientes com doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, deve-se informar na consulta as medicações que o paciente utiliza, para que o médico prescreva um antipsicótico com pouca interação medicamentosa. Existem diferenças entre eles, uns com um potencial de interação maior do que outros. O mesmo cuidado deve ser tomado quando o paciente é levado a um outro especialista, informando-o sobre todas as medicações psiquiátricas que o paciente utiliza.

5) Que cuidados se deve tomar no caso de uma emergência clínica?

O paciente deve ter à mão as medicações que utiliza, para que numa situação de emergência, quando for consultado por um médico que não conhece seu histórico, ele possa tomar os devidos cuidados na administração de medicações conflitantes. Quem usa o carbonato de lítio, por exemplo, deve ter na carteira um aviso de que usa a substância, pois numa eventual intoxicação pelo lítio, o médico terá maior facilidade em fazer o diagnóstico e em tratar prontamente a intoxicação. O mesmo deve ser feito para aqueles que usam a clozapina, pelo risco da medicação causar agranulocitose. Esses pacientes devem ser levados ao médico na ocorrência de febre alta e submetidos a um hemograma, capaz de revelar a quantidade dos leucócitos no sangue.

O familiar precisa estar atento ao surgimento de sintomas agudos, como febre, alterações da pressão arterial, sudorese, desorientação e confusão mental nos que usam antipsicóticos, pelo risco da Síndrome Neuroléptica Maligna. Esse diagnóstico pode ser bastante complicado de ser feito, se o médico não for informado sobre o uso da medicação.

Na presença de algum sintoma clínico e se o familiar tiver dúvidas se os sintomas são decorrentes da medicação ou causados por uma outra doença, deve-se sempre contactar o médico-assistente ou buscar um atendimento de emergência, não se esquecendo de informar sobre o tratamento psiquiátrico.

6) O que fazer quando o paciente engorda muito?

O ideal é propor uma dieta e uma programação de exercícios. Existem, entretanto, pacientes que aderem mal a dietas e atividades físicas. Nesses casos, o exemplo deve partir da família, evitando alimentos gordurosos, doces, carboidratos na dispensa da casa. Deve-se privilegiar frutas, folhas, legumes, carnes grelhadas, utilizar adoçantes em vez de açúcar e estabelecer horários fixos

para as refeições. Embora alguns antipsicóticos estejam associados ao ganho de peso, o que é calórico (e que engorda) não é o medicamento, mas sim o que o paciente come.

7) Como discernir o que é importante para ser relatado ao médico daquilo que é supérfluo ou não diz respeito à doença, e assim, ajudar no tratamento?

É fundamental que o familiar se sinta à vontade para relatar ao médico tudo o que julgar importante. Muitas vezes o familiar tem uma observação que acredita ser supérflua ou que não tenha relação com a doença e o tratamento, porém não cabe a ele julgar a sua relevância, pois, por ser leigo, pode estar omitindo uma informação importante.

Uma mãe, por exemplo, vinha há 1 mês observando que seu filho estava piscando muito os olhos. Acreditou que ele estivesse com alguma reação alérgica no olho e o levou a um oftalmologista. O médico não identificou nenhum problema ocular, mas passou um colírio. A mãe não ia comentar com o psiquiatra sobre esse fato, mas ele observou que seu paciente estava piscando demais os olhos e demorando um pouco mais para abrir as pálpebras. Esse sinal era um aviso precoce de que o paciente estava apresentando um tipo de discinesia de pálpebras que era secundária ao uso prolongado do antipsicótico (discinesia tardia). O antipsicótico foi substituído e o paciente melhorou desse sintoma após dois meses. Um outro exemplo foi de uma mãe que se esqueceu de comentar com o médico que todas as noites precisava limpar o armário de sua filha, pois ela alegava que sentia cheiro de podre vindo lá de dentro. Esse comportamento correspondia às alucinações olfativas que sua filha apresentava. Após ter tomado conhecimento, o médico aumentou a medicação e as alucinações melhoraram, sem que a filha pedisse mais à mãe que limpasse seu armário, aliviando assim as tensões familiares que esses sintomas provocavam.

8) Existem exames que podem diagnosticar a esquizofrenia ou mesmo prever a doença?

A esquizofrenia é diagnosticada a partir da história do paciente e do exame psíquico, não existindo até o presente momento nenhum exame complementar capaz de revelar alterações específicas e diagnósticas da doença. Contudo, alguns exames podem ser utilizados para descartar outras causas de psicose ou para complementar a avaliação do paciente.

O eletroencefalograma (EEG) é um dos exames mais mencionados pelos familiares, mas ele não tem qualquer especificidade para a esquizofrenia. Ele permite ver alterações eletrofisiológicas do cérebro que podem auxiliar num diagnóstico de epilepsia, de um tumor cerebral ou de uma encefalopatia. Entretanto, ele fornece algumas alterações inespecíficas, ou seja, sem um significado clínico, que são chamadas de *disritmia cerebral* (graus I, II e III) e que antigamente eram confundidas com doenças neurológicas, particularmente a epilepsia. É frequente escutarmos dos familiares que seus pacientes fizeram um EEG na infância ou adolescência que acusou disritmia cerebral, porém nenhuma relação foi encontrada com a esquizofrenia, não sendo esse achado significativo nem para o diagnóstico, nem tampouco para o tratamento da doença.

A tomografia computadorizada de crânio ou a ressonância magnética cerebral pode ser solicitada para descartar doenças físicas do SNC ou alterações da anatomia do cérebro que possam justificar os sintomas. Entretanto, na esquizofrenia, esses exames são normais na maioria das vezes ou revelam pequenas alterações que também não possuem um significado clínico.

Outros exames mais modernos, como a cintilografia de perfusão cerebral (SPECT), a tomografia por emissão de prótons (PET) e a ressonância magnética funcional, têm demonstrado alterações do funcionamento da região frontal do cérebro na esquizofrenia. Esse achado, apesar de frequente, também não é específico da doença, podendo ocorrer em outras psicoses e na depressão. Esses exames são caros e, por não terem uma indicação clínica ainda precisa, são utilizados mais para fins de pesquisa.

Um exame particularmente útil é a testagem neuropsicológica. Trata-se de uma bateria de testes que avaliam diferentes funções cognitivas, como atenção, memória, linguagem, raciocínio aritmético, lógico e abstrato, inteligência e habilidades visuoespaciais. Ela fornece o perfil cognitivo do paciente e permite a compreensão de determinadas deficiências que têm repercussão direta em seu funcionamento social e laborativo. A testagem pode ser utilizada num programa de reabilitação cognitiva (um treinamento das funções cognitivas mais prejudicadas), para determinar os alvos e objetivos do tratamento, devendo ser repetida posteriormente para avaliar os avanços alcançados pelo paciente. Também não se trata de um exame diagnóstico, mas pode fornecer detalhes sobre o funcionamento cognitivo que não podem ser obtidos apenas pelo exame psíquico.

9) Por que alguns pacientes fumam muito e bebem tanto café?

Bebidas que contêm cafeína, como café, mate e Coca-Cola, podem aumentar o estado de alerta do paciente, deixando-o mais ansioso, insone e, até mesmo, mais agressivo e inquieto. Muitas vezes, eles buscam nessas bebidas um efeito de maior excitabilidade.

A cafeína é uma substância química que pode ainda interagir com as medicações e prejudicar sua ação terapêutica.

A nicotina contida no cigarro tem uma ação que ameniza os efeitos parkinsonianos dos antipsicóticos. Alguns pacientes que não são fumantes começam a fumar quando iniciam o tratamento, por observar essa melhora.

Essas substâncias podem interferir na eficácia do tratamento e podem causar dependência.

10) Por que alguns pacientes ficam com os dentes estragados?

Alguns não têm uma boa higiene bucal, aumentando a flora bacteriana e predispondo o surgimento de cáries e doenças da gengiva. Como a medicação psiquiátrica pode causar o ressecamento da boca, esse é um fator de risco para o aumento da flora bacteriana. Por isso, se o paciente não cuidar de sua higiene bucal adequadamente, com o passar dos anos, ele terá uma série de problemas nessa área.

Há casos em que o paciente prejudica os dentes devido ao bruxismo (trincar os dentes), que também pode ser causado pelos medicamentos.

11) Meu filho está apresentando uma reação que acho ser decorrente da medicação. Ele anda arrastando uma das pernas, com dificuldade para movimentá-la. Tenho receio de comentar com o médico e ele trocar a medicação, uma vez que meu filho parece bem estabilizado com ela. Devo falar com o médico a respeito?

Claro, é muito importante que o médico saiba dos sintomas que o seu paciente esteja apresentando, mesmo que eles não estejam relacionados diretamente à doença. Nesse caso, o sintoma é sugestivo de uma discinesia tardia (veja na tabela 3 do apêndice) de uma das pernas, que, se não identificada a tempo, poderá se transformar numa sequela do tratamento. O familiar não deve se preocupar com o que deverá ser feito a partir de um problema como esse, como trocar a medicação com a qual o paciente está bem estabilizado. Essa é uma preocupação para o médico, que certamente saberá qual a melhor decisão

para a saúde do seu paciente. Uma discinesia tardia pode acarretar limitações físicas graves e uma mudança de tratamento pode não só impedir sua instalação, como pode trazer outros benefícios que a medicação anterior não demonstrou ter, sem comprometer a estabilidade do tratamento a longo prazo.

12) Participar de grupos terapêuticos de famílias de esquizofrênicos contribui para a melhoria do relacionamento familiar?

A troca de experiências entre familiares é muito positiva. Uma família pode sugerir a outra uma solução que surtiu efeito e esses exemplos práticos são muito elucidativos. Embora terapeutas tenham a formação teórica e a habilidade do diagnóstico e do treinamento para solucionar os principais problemas, as famílias conhecem a realidade prática que é conviver com uma pessoa esquizofrênica e podem relatar soluções criativas de conflitos que aparentemente não tinham uma solução rápida ou caminhavam para um desfecho negativo (p. ex. uma internação). As famílias são ainda capazes de compartilhar o sofrimento, através de experiências semelhantes com maneiras distintas de enfrentamento, o que pode ajudar aqueles com maior dificuldade de superação.

13) Meu filho não aceita tomar remédio, eu coloco no suco ou na comida, mas às vezes ele desconfia ou não toma todo o conteúdo. Como agir nesta situação?

Precisamos compreender que a família chega a essa situação por total falta de amparo e desespero. Dar a medicação escondida parece ser o último ou único recurso para tratar de seu ente querido. Entretanto, há de se refletir sobre o quanto prejudicial isso pode ser, sob vários aspectos:

- A medicação pode não estar sendo absorvida adequadamente e é impossível controlar a dose que o paciente ingeriu: alguns comprimidos não devem ser macerados, pois isso altera a absorção no trato gastrointestinal, a maioria pode sofrer reações químicas se exposta a temperaturas elevadas (bebida ou alimento quente) e o paciente pode não beber o “suco” todo, deixando parte da medicação de fora.
- O paciente nunca irá saber se está melhorando pelo remédio: uma das formas de o paciente perceber sua doença é com a redução dos sintomas após o tratamento medicamentoso. Muitos duvidam inicialmente de que

os delírios e alucinações irão desaparecer, mas surpreendem-se após o remédio, o que ajuda a reforçar a adesão ao tratamento. Por outro lado, se o paciente melhora sem nenhum tratamento consciente, isso reforça a ideia de que o que tem não é um problema de saúde.

- Alguns pacientes podem desconfiar da família: há casos de pacientes que passaram a se recusar a comer ou a beber líquidos em casa, por achar ou descobrir que estavam sendo medicados contra a vontade. Isso agrava também o relacionamento e a confiança que o paciente tem na família, que sabemos ser de crucial importância para o tratamento e para sua recuperação.
- Atraso no tratamento eficaz da doença: perde-se tempo com uma “forma de tratamento” que engana a família e o paciente. Dar a medicação escondida não pode ser uma solução viável para o tratamento de qualquer doença, muito menos da esquizofrenia, que é uma doença cujo atraso no tratamento pode acarretar sérios riscos (p. ex. suicídio) e complicações (cronificação, impossibilidade de recuperação) para a vida da pessoa. Existem alternativas, como a internação e os antipsicóticos injetáveis de longa ação. Mesmo com todo o desgaste inicial que isso possa gerar, é melhor garantir o quanto antes o tratamento adequado e buscar a necessidade de compreensão do que se está passando, do que assistir passivamente o tempo passar e a doença evoluir.

14) Todo paciente pode um dia se recuperar da esquizofrenia?

Em primeiro lugar, é preciso compreender que recuperação é diferente de cura. Embora até 20 % dos pacientes com esquizofrenia possa ter uma única crise e depois se recuperar a ponto de retomar todas as atividades que antes exercia com mínima ou nenhuma limitação imposta pela doença, a maioria dos esquizofrênicos apresenta um padrão de recorrência, ou seja, dependendo dos fatores ambientais, tanto de proteção (tratamento, psicoterapia individual e psicoeducação de família) como de vulnerabilidade (estresse e traumas), o paciente pode ter recaídas ao longo da vida, o que certamente será um entrave para sua recuperação.

Um aspecto central neste processo são as expectativas geradas, tanto pelo paciente como por sua família. Recuperação não significa necessariamente que o paciente se torne independente, trabalhe, case e assuma inteiramente as res-

ponsabilidades sobre sua vida. Apesar de esses serem ingredientes que ajudem na recuperação, alguns pacientes podem não alcançar este nível de funcionamento porque adoeceram cedo, antes que tivessem um bom repertório de habilidades para lidar com as novas adversidades, ou pela gravidade da própria doença (psicopatologia mais grave, maior limitação quanto à autonomia e mais prejuízos cognitivos). Isso não significa, contudo, que não possam se recuperar, viver uma vida ativa e com qualidade, envolvendo-se em atividades menos complexas.

Rever suas expectativas, planejar a vida a partir das limitações e da realidade que a esquizofrenia trouxe, é um passo essencial rumo a uma vida mais saudável. Muitos familiares e pacientes só conseguem avançar neste sentido depois que elaboram o luto de que a vida não será igual ao que era antes da doença, que não se pode ter o mesmo nível de expectativa, que é necessário refazer alguns planos e passar a lidar com novos objetivos. É necessário fechar uma porta para abrir outra, com novas possibilidades a serem exploradas. Esse é um processo doloroso, mas também de crescimento, autoconhecimento e amadurecimento pessoal, encarando o futuro completamente aberto à construção de uma nova realidade, não necessariamente pior ou melhor que a anterior, mas totalmente diferente.

Por isso, encarar a doença como um estado de vulnerabilidade é útil. Muitas vezes a primeira crise surge como um alerta de que o ritmo de vida e o estresse ao qual a pessoa se submeteu, eram incompatíveis com suas resistências psicológicas e físicas. Encarar a doença dessa forma traz uma esperança de que as mudanças não estão somente nas mãos da Ciência e da Medicina, responsáveis por encontrar a cura, mas ao alcance de todos que desejarem se debruçar sobre a desafiante tarefa de superar seus próprios preconceitos, medos e crenças, de buscar um novo paradigma, uma nova maneira de ver e encarar o mundo, de se defender e de se prevenir dos fatores que trarão estresse e desequilíbrio, para encontrar um novo objetivo que o complete e dê sentido à vida.

Por isso que costumamos trabalhar com os pacientes e familiares no grupo terapêutico que o processo de recuperação deve partir de dentro para fora, ou seja, é preciso oferecer ao paciente condições e ambiente para que ele possa refletir melhor sobre sua própria vulnerabilidade e o que deseja daqui em diante para ter uma vida feliz e em equilíbrio, longe dos sintomas perturbadores que a doença lhe trouxe. A medicação, a psicoterapia, a terapia ocupacional e a psicoeducação de família são estratégias que têm por objetivo final ajudar o paciente a encontrar essa harmonia.

Quando lemos depoimentos de pessoas que se recuperaram da esquizofrenia, chama a atenção o tempo que levaram para alcançar esse grau de amadurecimento. Geralmente, são muitos anos de experiência com essa nova realidade que a esquizofrenia lhes apresentou. Não raro encontramos pacientes com inúmeras internações, crises graves e recorrentes, famílias desestruturadas, muito tempo sem conseguir aceitar a doença, ou melhor, a vulnerabilidade, muitas tentativas e erros, até conseguirem se recuperar. Não é esse o tempo que desejamos, tanto que desenvolvemos este trabalho para levar ao conhecimento das pessoas que é possível sim se recuperar, mas que existem algumas regras, disciplina, muito, mas muito trabalho de conhecimento, autopercepção e reflexões que são necessárias para a travessia do estado de doença para o de saúde, o equilíbrio interior e exterior e o bem-estar consigo, com as pessoas que ama e com a vida. Os exemplos de Patrícia Deegan e Elyn Saks são salutares, como também são os depoimentos dos pacientes que se dispuseram a dividir conosco neste livro suas experiências. Essas pessoas é que podem nos ensinar como se recuperar de um transtorno mental grave.

APÊNDICE



Tabela 1 Antipsicóticos de primeira e segunda gerações

Classe	Substância	Nome comercial	Apresentações (via de administração)
Primeira geração Baixa potência	Clorpromazina	Amplictil® Longactil Genérico	Comp. 25 e 100 mg (oral) Gotas 1 mg/gt (oral) Ampolas 25 mg (injetável)
	Levomepromazina	Neozine® Levozine	Comp. 25 e 100 mg (oral) Gotas 1 mg/gt (oral)
	Periciazina	Neuleptil®	Comp. 10 mg (oral) Gotas 0,25 mg/gt (oral)
	Tioridazina	Melleril®	Comp. 25, 50, 100 e 200 mg (oral) Líquido 30 mg/ml com dosador em mg (oral)
Primeira geração Alta potência	Haloperidol	Haldol® Haldol decanoato Halo Genérico	Comp. 1 e 5 mg (oral) Gotas 0,1 mg/gt Ampola 5 mg (injetável) Depot (Haldol Decanoato) – ampola 50 mg (IM)
	Flufenazina	Flufenan®	Comp. 5 mg (oral) Depot (Flufenan Depot) – ampola 25 mg (IM)
	Pimozida	Orap®	Comp. 1 e 4 mg (oral)
	Trifluoperazina	Stelazine®	Comp. 2 e 5 mg (oral)
	Sulpirida	Dogmatil® Equilid	Comp. 50 e 200 mg (oral) Gotas 1 mg/gt
	Pipotiazina	Piportil L4®	Depot – ampola 100 mg (4 ml) ampola 25 mg (1 ml)
	Zuclopentixol	Clopixol®	Comp. 10 e 25 mg (oral) Acuphase – ampola 50 mg (injetável) Depot – ampola 200 mg (IM)
	Penfluridol	Semap® retirado do mercado pelo laboratório	Comp. 20 mg (oral – 1x por semana)

(continua)

Tabela 1 Antipsicóticos de primeira e segunda gerações (continuação)

Classe	Substância	Nome comercial	Apresentações (via de administração)
Segunda geração	Risperidona	Risperdal® Risperdal Consta® <i>Similares:</i> Zargus, Riss, Risperidon, Viverdal, Ripevil, Risleptic <i>Genérico:</i> Risperidona	Comp. 1, 2 e 3 mg (oral) Solução oral de 1 mg/ml com dosador Injetável de longa ação 25, 37,5 e 50 mg/ampola (IM) Comp. 1,2, 3 mg (oral)
	Olanzapina	Zyprexa® Zyprexa Zydis® Zyprexa IM® <i>Similares:</i> Neupine, Zap, Opinox, Zopix, Axonium, Expolid, Zopina <i>Genéricos:</i> Olanzapina	Comp. 2,5, 5 e 10 mg (oral) Comp. Orodispersível 5 e 10 mg Injetável de ação curta (imediata) 10 mg/ampola (IM) Comp. 2,5, 5 e 10 mg (oral) Comp. 2,5, 5 e 10 mg (oral)
	Quetiapina	Seroquel® Seroquel XRO® <i>Similares:</i> Kitapen, Neotiapim, Querok, Queropax, Quetros, Quetipin	Comp. 25, 100 e 200 mg (oral) Comp. Liberação lenta 50, 200 e 300 mg (oral) Comp. 25, 100 e 200 mg (oral)

(continua)

Tabela 1 Antipsicóticos de primeira e segunda gerações (continuação)

Classe	Substância	Nome comercial	Apresentações (via de administração)
Segunda geração	Quetiapina	Genéricos: Fumarato de quetiapina	Comp. 25, 100 e 200 mg (oral)
	Ziprasidona	Geodon®	Cáps. 40 e 80 mg (oral)
		Geodon IM®	Injetável de ação curta (rápida) 20 mg/ampola (IM)
	Aripiprazol	Abilify®	Comp. 10, 15, 20 e 30 mg (oral)
		Similares: Aristab	Comp. 10, 15, 20 e 30 mg (oral)
	Amisulprida	Socian®	Comp. 50 e 200 mg (oral)
	Paliperidona	Invega®	Comp. 3 e 9 mg (oral)
		Invega Sustenna®	Injetável de longa ação 150, 100, 75 e 50 mg/ampola (IM)
	Asenapina	Saphris®	Comp. 5 e 10 mg (sublingual)
	Clozapina	Leponex®	Comp. 25 e 100 mg (oral)
		Similares: Pinazan	Comp. 25 e 100 mg (oral)
		Genéricos: Clozapina	Comp. 25 e 100 mg (oral)

Tabela 2 Outros medicamentos que podem ser usados no tratamento da esquizofrenia em associação com antipsicóticos

Classe	Substância	Nome comercial	Apresentações (via de administração)
Anticolinérgicos	Biperideno Prometazina	Tratar os efeitos de impregnação dos antipsicóticos, como tremores, rigidez muscular, distonias e outros sintomas parkinsonianos causados pela medicação.	Boca seca Prisão de ventre Retenção urinária Visão embaçada Sonolência Excitação/agitação Ganho de peso
Estabilizadores de humor	Carbonato de Lítio Ácido Valproico Oxacarbazepina Carbamazepina Lamotrigina	Tratar as alterações de humor, como euforia, irritabilidade, bem como reduzir o grau de impulsividade e agressividade.	Os efeitos colaterais variam de acordo com a medicação utilizada, sendo comum efeitos como sonolência, náuseas, tonteiras, particularmente no início do tratamento.
Antidepressivos	Amitriptilina Imipramina Nortriptilina Clomipramina Fluoxetina Sertralina Citalopram Paroxetina Fluvoxamina Escitalopram Mirtazapina Venlafaxina Bupropiona Duloxetina Desvenlafaxina Outros	Tratar quadros depressivos associados à esquizofrenia.	Os efeitos colaterais variam muito, dependendo da medicação utilizada. Em todos os casos existe um risco de piora dos sintomas positivos, como os delírios e alucinações, quando antidepressivos são utilizados.
Ansiolíticos e hipnóticos	Diazepam Clonazepam Alprazolam Lorazepam Clonazepam Bromazepam Estazolam Flunitrazepam Midazolam, Zolpidem Zolpiclone Muitos outros	Tratar insônia e sintomas de ansiedade, como taquicardia, falta de ar, crises de pânico. Tratar a acatisia, efeito colateral comum aos antipsicóticos. Tratar episódios de agitação, atuando como calmante.	Sonolência Relaxamento muscular Lentidão de movimentos e de reflexos Alterações da marcha Fala arrastada Comportamento desinibido Problemas de memória Risco de dependência física

Tabela 3 Principais efeitos colaterais dos antipsicóticos

Efeito colateral	Descrição	Comentários
Distonia aguda	Contração sustentada e involuntária de um ou mais grupamentos musculares (pescoço, boca, língua, braço, coluna, olhos). Exemplos: – Virar os olhos para cima. – Ficar com o pescoço torto. – Ficar com a boca aberta e com a língua enrolada ou para fora. – Ficar com a coluna envergada. – Ter dificuldade para deglutir e para respirar.	A distonia pode ocorrer de forma cíclica, com intervalos de normalidade, o que pode sugerir simulação por parte do paciente. A crise de virar os olhos para cima é a que mais comumente pode ser interpretada desta forma. Contudo, as distonias causam intenso desconforto físico e podem deixar o paciente mais agitado. Ansiedade também pode precipitar uma crise desse tipo, reforçando a impressão de se tratar de simulação. Alguns casos de maior gravidade podem necessitar de atendimento emergencial.
Acatisia	Movimentos repetitivos e involuntários, geralmente das pernas, fazendo com que o paciente fique andando muito ou marchando parado, tenha dificuldade para permanecer sentado muito tempo ou fique balançando os pés e as pernas sem parar.	A acatisia é frequentemente acompanhada por ansiedade, irritabilidade ou, até mesmo, agitação. O paciente pode ter dificuldade para pegar no sono por não conseguir permanecer deitado muito tempo, embora esse sintoma desapareça enquanto ele dorme. O familiar muitas vezes não compreende o caráter involuntário desses sintomas e briga com o paciente para que ele fique parado, o que gera mais estresse e piora os sintomas.
Parkinsonismo	Caracterizado por um ou mais sintomas do tipo: – Tremores de repouso em uma ou ambas as mãos, da cabeça ou dos lábios. – Movimentos lentos. – Redução ou ausência de expressão facial. – Dificuldade para iniciar um movimento, desequilíbrio e marcha de pequenos passos. – Rigidez muscular. – Excesso de saliva. – Ausência completa de movimentos, semelhante à catatonia.	Esses sintomas são popularmente conhecidos como efeitos da impregnação do antipsicótico. Os pacientes têm sensibilidade distinta para esses sintomas, sendo mais comuns em idosos, pacientes emagrecidos ou mais fragilizados fisicamente. Eles devem ser reportados ao médico, pois existem medicações que aliviam esses efeitos. Os antipsicóticos também possuem diferenças em relação ao potencial de causar parkinsonismo. Em casos graves, pode se tornar uma emergência médica, podendo levar à desnutrição e desidratação.

(continua)

Tabela 3 Principais efeitos colaterais dos antipsicóticos (continuação)

Efeito colateral	Descrição	Comentários
Discinesia tardia	Distonias que aparecem tardiamente em pacientes que usam antipsicóticos por um longo período. São caracterizadas por uma contratura persistente de um ou mais grupamentos musculares ou por movimentos repetitivos involuntários.	O tipo mais comum é caracterizado por movimentos com a boca e a língua, dando a impressão de o paciente estar sempre mastigando ou com a fala embolada. Pode ocorrer também no quadril e na coluna, levando a uma postura entortada ou a um andar arrastado, e nas pálpebras, fazendo com que ele pisque demais ou tenha dificuldade para abrir os olhos ("pálpebras pesadas"). Se identificada precocemente, pode ser prevenida.
Síndrome Neuroléptica Maligna	Reação sistêmica ao antipsicótico, que pode ocorrer independentemente do tempo ou da dose de uso da medicação, evoluindo rapidamente, em algumas horas ou dias, para um quadro de rigidez muscular generalizada, febre alta (normalmente acima de 40 °C), confusão mental, taquicardia, sudorese, palidez, aumento ou queda da pressão arterial. É um quadro raro, mas que deve despertar a atenção dos familiares pela gravidade e possíveis complicações.	Trata-se de uma emergência médica, devendo o paciente ser levado imediatamente ao médico. Se não tratado, o quadro pode evoluir para insuficiência renal, arritmias cardíacas, convulsões e coma, com uma taxa de mortalidade de 50 %. Alguns casos precisam de internação em CTI para cuidados intensivos. Existem medicações capazes de reverter o quadro. O familiar deve estar atento à ocorrência de rigidez muscular associado à febre e procurar logo um hospital de emergência para uma avaliação médica. Ele não pode se esquecer de avisar ao médico sobre os medicamentos que o paciente está usando.
Efeitos cardíacos	Arritmias cardíacas em pacientes com doença cardíaca ou distúrbios de condução cardíaca (arritmias).	Esse efeito é mais comum entre os antipsicóticos de primeira geração de baixa potência, mas podem ocorrer com alguns de alta potência e com os de segunda geração. A dose do antipsicótico influencia no risco de arritmia, sendo mais comum em doses elevadas ou em casos de superdosagem (pacientes que ingeriram a medicação em excesso). Pacientes idosos e cardiopatas devem ser avaliados pelo cardiologista e acompanhados por eletrocardiogramas (ECG) para reduzir o risco de arritmias.

(continua)

Tabela 3 Principais efeitos colaterais dos antipsicóticos (continuação)

Efeito colateral	Descrição	Comentários
Hipotensão ou queda da pressão arterial	Redução da pressão, provocando tonteira, escurecimento da visão, taquicardia e, raramente, desmaio.	O paciente pode sentir-se mal ao levantar rapidamente da posição deitada, o que é conhecido como hipotensão postural, que normalmente melhora quando o paciente se levanta lentamente e espera um pouco antes de ficar de pé. Outros fatores podem contribuir para esse efeito, como desidratação e má alimentação (menor ingestão de sal). Por isso, os pacientes devem ingerir líquidos e se alimentar em horários regulares.
Alterações visuais	– Visão embaçada, dificultando a leitura para alguns pacientes. – Crise de glaucoma para quem tem a doença.	Os antipsicóticos de baixa potência e medicações para reduzir os efeitos da impregnação (como biperideno e prometazina) podem dificultar a visão, mas esse efeito desaparece com a redução ou a suspensão do medicamento. Portadores de glaucoma devem avisar ao médico.
Alterações cutâneas	– Rash cutâneo (manchas ou pápulas avermelhadas pelo corpo). – Hipersensibilidade à luz solar, provocando o escurecimento da pele ou queimaduras de sol.	O rash cutâneo pode ocorrer no início do tratamento com qualquer antipsicótico, desaparecendo com sua suspensão. No caso de hipersensibilidade ao sol, deve-se usar protetor solar nas áreas expostas.
Aumento do colesterol e das gorduras do sangue	– Aumento do colesterol ruim (LDL). – Aumento dos triglicerídeos.	Pode ocorrer transitoriamente com alguns antipsicóticos, na maioria das vezes retornando ao normal após alguns meses. Dieta e medicações para reduzir o colesterol podem ser necessários.
Ganho de peso e obesidade	– Aumento do peso corporal e da circunferência abdominal.	O ganho de peso ocorre por múltiplos fatores: aumento do apetite, dietas hipercalóricas, sedentarismo, pouca adesão a programas alimentares e de atividades físicas. Ele pode ocorrer com qualquer antipsicótico, principalmente nos primeiros seis meses de uso. A obesidade está relacionada a um maior risco de doenças como diabetes, hipertensão e doenças cardíacas.

(continua)

Tabela 3 Principais efeitos colaterais dos antipsicóticos (continuação)

Efeito colateral	Descrição	Comentários
Alterações hormonais	– Aumento da prolactina. – Crescimento de seios nos homens (ginecomastia). – Secreção de leite pelo seio da mulher (galactorreia). – Supressão das menstruações ou irregularidades menstruais.	A prolactina é um hormônio secretado pela hipófise e que tem como função estimular a produção do leite materno em mulheres grávidas e puérperas em fase de amamentação. O seu aumento está associado ao uso de alguns antipsicóticos, particularmente os de primeira geração, e pode levar à ginecomastia e impotência sexual nos homens, e à galactorreia e parada na menstruação em mulheres. Esses efeitos são revertidos quando a prolactina retorna aos níveis normais.
Efeitos hematológicos	– Redução dos glóbulos brancos (leucócitos) do sangue.	O risco é muito baixo, inferior a 1 %. A clozapina ficou famosa por esse efeito, sendo preconizado que pacientes em uso da substância sejam submetidos a hemogramas semanais nas primeiras dezoito semanas de tratamento e depois mensalmente. Porém, outros antipsicóticos, principalmente os de primeira geração de baixa potência, como a clorpromazina e a tioridazina, também podem causar esse efeito. O uso desses antipsicóticos torna-se bastante seguro quando realizados os exames seriados. Os benefícios terapêuticos da clozapina são superiores ao risco, não devendo ser esse um empecilho para o seu uso.
Efeitos hepáticos	– Aumento de transaminases (TGO, TGP), gama-GT e fosfatase alcalina (enzimas do fígado). – Esteatose hepática. – Hepatite medicamentosa.	Podem ocorrer elevações transitórias das enzimas do fígado, mas que com o decorrer do tratamento retornam aos níveis normais. Na maioria dos casos, não é preciso suspender o antipsicótico, apenas acompanhar os níveis enzimáticos por exames de sangue periódicos. Esteatose hepática pode ocorrer quando há aumento de colesterol. Hepatite medicamentosa raramente ocorre.

(continua)

Tabela 3 Principais efeitos colaterais dos antipsicóticos (continuação)

Efeito colateral	Descrição	Comentários
Efeito gastrointestinais	– Náuseas e vômitos. – Boca seca. – Prisão de ventre.	Náuseas e vômitos (mais raramente) podem ocorrer no início do tratamento, mas depois desaparecem. Boca seca é um efeito mais duradouro e que provoca mais desconforto. Ele pode ser atenuado através de um <i>drops</i> (preferencialmente <i>diet</i> para não causar cáries ou ganho de peso) ou de salivas artificiais vendidas nas farmácias em forma de <i>spray</i>. Os pacientes tendem a beber muita água para aliviar esse sintoma, mas essa medida não parece ser muito eficaz no controle desse efeito. A boca seca também pode diminuir no decorrer do tratamento à medida que o organismo for se adaptando à medicação. Aliada à falta de higiene bucal adequada, ela é a principal explicação para cáries, gengivites e outros problemas odontológicos em pacientes esquizofrênicos. Em relação à prisão de ventre, uma dieta rica em fibra e o uso de laxantes naturais em momentos de maior dificuldade são geralmente suficientes e normalizam o trânsito intestinal.
Efeitos urogenitais	– Retenção urinária. – Impotência sexual (disfunção erétil).	Enquanto a retenção urinária costuma ser uma queixa maior em pacientes idosos e do sexo feminino, a impotência sexual é uma queixa frequente dos pacientes jovens e do sexo masculino.

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de

transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra

Roberto Brant

Tabela 4 Critérios diagnósticos da CID-10 – Organização Mundial da Saúde

G1) Pelo menos uma das síndromes, sintomas e sinais listados em (1) abaixo ou pelo menos dois dos sinais e sintomas listados em (2) devem estar presentes pela maior parte do tempo durante um episódio de doença psicótica que dure pelo menos um mês (ou por algum tempo durante a maioria dos dias).

(1) Pelo menos um dos seguintes deve estar presente:

- (a) eco do pensamento, inserção ou roubo do pensamento ou irradiação do pensamento;
- (b) delírios de controle, influência ou passividade, claramente referindo-se ao corpo ou aos movimentos dos membros ou a pensamentos, ações ou sensações específicos; percepção delirante;
- (c) vozes alucinatórias comentando o comportamento do paciente ou discutindo entre elas sobre o paciente ou outros tipos de vozes alucinatórias vindo de alguma parte do corpo;
- (d) delírios persistentes de outros tipos que sejam culturalmente inapropriados e completamente impossíveis (p. ex. ser capaz de controlar o tempo ou estar em comunicação com alienígenas de outro planeta).

(2) Ou pelo menos dois dos seguintes:

- (a) alucinações persistentes de qualquer modalidade, quando ocorrendo todos os dias por pelo menos um mês, quando acompanhadas por delírios (os quais podem ser superficiais ou parciais) sem conteúdo afetivo claro ou quando acompanhadas por ideias superestimadas persistentes;
- (b) neologismos, interceptações ou interpolações no curso do pensamento, resultando em discurso incoerente ou irrelevante;
- (c) comportamento catatônico, tais como excitação, postura inadequada, flexibilidade cética, negativismo, mutismo e estupor;
- (d) sintomas "negativos", tais como apatia marcante, pobreza de discurso e embotamento ou incongruência de respostas emocionais (deve ficar claro que esses sintomas não são decorrentes de depressão ou medicação neuroléptica).

Tabela 5 Critérios diagnósticos da DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais da Associação Americana de Psiquiatria

- A) Sintomas característicos: no mínimo dois dos seguintes quesitos, cada qual presente por uma porção significativa de tempo durante o período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso). Pelo menos um dos quesitos precisa ser (1), (2) ou (3):
- (1) delírios;
 - (2) alucinações;
 - (3) discurso desorganizado (p. ex. frequente descarrilamento ou incoerência);
 - (4) comportamento amplamente desorganizado ou catatônico;
 - (5) sintomas negativos, isto é, expressão emocional diminuída ou avolição (ausência de vontade).
- B) Disfunção social/ocupacional: por uma porção significativa do tempo desde o início da perturbação, uma ou mais áreas importantes do funcionamento, tais como trabalho, relações interpessoais ou cuidados pessoais, estão acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou quando o início se dá na infância ou adolescência, incapacidade de atingir o nível esperado de realização interpessoal, acadêmica ou profissional).
- C) Duração: sinais contínuos da perturbação persistem pelo período mínimo de seis meses. Esse período de seis meses deve incluir pelo menos um mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que satisfazem o critério A (i.é, sintomas da fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante esses períodos prodrômicos ou residuais, os sinais da perturbação podem ser manifestados apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas relacionados no critério A presentes de uma forma atenuada (p. ex. crenças estranhas, experiências perceptuais incomuns).
- D) Exclusão de Transtorno Esquizoafetivo e Transtorno do Humor: o Transtorno Esquizoafetivo e o Transtorno do Humor com Características Psicóticas foram descartados, porque (1) nenhum Episódio Depressivo Maior, Maníaco ou Misto ocorreu concomitantemente aos sintomas da fase ativa; ou (2) se os episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve com relação à duração dos períodos ativo e residual.
- E) Exclusão de substância/condição médica geral: A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex. uma droga de abuso, um medicamento) ou a uma condição médica geral.
- F) Relação com um Transtorno do Espectro Autista ou Transtorno de Comunicação iniciado na infância: se existe um histórico de Transtorno do Espectro Autista ou de um Transtorno de Comunicação, o diagnóstico adicional de esquizofrenia é feito apenas se delírios ou alucinações proeminentes também estão presentes pelo período mínimo de um mês (ou menos, se tratados com sucesso).

Disponíveis no Portal Entendendo a Esquizofrenia:

- Endereços dos CAPS e hospitais psiquiátricos em todo Brasil.
- Endereços de grupos de ajuda para pacientes e familiares.
- Legislações sobre a saúde mental no Brasil, como leis, resoluções sobre planos de saúde e principais coberturas.
- *Links* úteis, como associações de familiares no Brasil e no mundo, universidades e centros de pesquisa.
- Comunidade virtual para pessoas envolvidas com a doença, visando à troca de informações e a ampliação da rede social.
- Informações atualizadas sobre a esquizofrenia, como pesquisas, novos tratamentos e depoimentos de pacientes e familiares.

Participe! Acesse www.entendendoesquizofrenia.com.br

REFERÊNCIAS



LIVROS:

- AMADOR, X. I am not sick, I don't need help. New York: Vida Press, 2012.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5. Washington: American Psychiatric Publishing, 5ª ed., 2013.
- ANDREASEN, N. C. Brave New Brain – Conquering Mental Illness in the Era of the Genome. New York: Oxford University Press, p. 186-214, 2001.
- ANDREASEN, N. C. Brave New Brain – Conquering Mental Illness in the Era of the Genome. New York: Oxford University Press, 2004.
- BARROWCLOUGH, C.; TARRIER, N. Families of Schizophrenic Patients – Cognitive Behavioural Intervention. London: Chapman & Hall, 1992.
- BLEULER, E. Psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 15ª ed., p. 279-321, 1985.
- BLEULER, M. The Schizophrenic Disorders: Long-Term Patient and Family Studies. Translated by Clemens SM. New Haven, Yale University Press, 1978.
- CIOMPI, L.; MULLER, C. Lebensweg und Alter der Schizophrenen: Eine katamnestiche Längzeitstudie bis ins Senium. Berlin, Springer Verlag, 1976.
- DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- DEEGAN, P. E. Recovery as a Self-Directed Process of Healing and Transformation. In: BROWN, C. Recovery and Wellness: Models of Hope and Empowerment for People with Mental Illness. New York, London, Oxford: The Haworth Press Inc., 2001.
- FALLOON, I.; BOYD, J.; MCGILL, C. Family care of schizophrenia. New York: Guilford, 1984.
- GATTAZ, W. F.; HAFNER, H. Search for the Causes of Schizophrenia – Volume V. Heidelberg: Steinkopff Verlag Darmstadt, 2004.
- GAZZANIGA, M.; IVRY, R.; MAGNUM, G. (eds.). Cognitive Neuroscience: The Biology of Mind. 2ª ed. New York: W. W. Norton & Company, p. 301-50, 2002.

- HUBER, G.; GROSS, G.; SCHUTTLER, R. Schizophrenie: Verlaufsundsozial psychiatrische Langzeituntersuchungenanden 1945 bis 1959 in Bonn hospitalisiertenschizophrenen Kranken: Monographienausdem Gesamtgebiete der Psychiatrie. Bd 21. Berlin, Springer Verlag, 1979.
- JASPERS, K. Psicopatologia Geral. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, p. 74-186, 1973.
- KAPLAN, S. Synopsis of Psychiatry – Behavioral Science/Clinical Psychiatry. Eight Edition. Baltimore: Williams & Wilkins, p. 456-491; 1019-1041, 1998.
- KRAEPELIN, E. Psychiatrie: Eine Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Achte Auflage. Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth, p. 670-745, 1913.
- LEFF, J.; VAUGHN, C. Expressed emotion in families. New York: The Guilford Press, 1985.
- LIEBERMAN, J. A.; MURRAY, R. M. Comprehensive Care of Schizophrenia: A Textbook of Clinical Management. New York: Oxford University Press, 2012.
- McFARLANE, W. R. (Ed.). Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders. New York: Guilford Press, 2002.
- MORRISON, J. DSM-IV Made Easy – The Clinician´s Guide to Diagnosis. New York: The Guilford Press, p. 134-160, 1995.
- NOBRE DE MELO, A. L. Psiquiatria – Psicologia Geral e Psicopatologia. Volume 1. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, p. 455-581, 1970.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS): Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID-10 – Critérios diagnósticos para pesquisa. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 82-86, 1998.
- SHARMA, T.; HARVEY, P. Cognition in Schizophrenia – Impairments, Importance and Treatment Strategies. New York: Oxford University Press, 2000.

ARTIGOS:

- ADDINGTON, J.; COLLINS, A.; McCLEERY, A.; ADDINGTON, D. The role of family work in early psychosis. *Schizophr Res.*, 79: 77-83, 2005.
- ALEMAN, A.; HIJMAN, R.; HAAN, E. H. F.; KAHN, R. S. Memory Impairment in Schizophrenia: A Meta-Analysis. *Am. J. Psychiatry*, 156: 1358-66, 1999.

- ALLEN, H.; LIDDLE, P.; FRITH, C. Negative Features, Retrieval Processes and Verbal Fluency in Schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*, 163: 769-75, 1993.
- ANDERSON, C.; HOGARTY, G.; REISS, D. Family treatment of adult schizophrenic patients: A psychoeducational approach. *Schizophr Bull*, 6: 490-505, 1980.
- ANDREASEN, N. C. Schizophrenia: the fundamental questions. *Brain Res. Rev.*, 31: 106-12, 2000.
- ANDREASEN, N. C.; O'LEARY, D. S.; CIZADLO, T.; ARNDT, S.; REZAI, K.; BOLES PONTO, L. L. *et alii*. Schizophrenia and cognitive dysmetria: A positron-emission tomography study of dysfunctional prefrontal-thalamic-cerebellar circuitry. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 93: 9985-90, 1996.
- ANDREASEN, N. C.; PARADISO, S.; O'LEARY, D. S. "Cognitive Dysmetria" as an Integrative Theory of Schizophrenia: A Dysfunction in Cortical-Subcortical-Cerebellar Circuitry? *Schizophr Bull.*, 24(2): 203-18, 1998.
- ANDREASEN, N. C.; REZAI, K.; ALLIGER, R.; SWAYZE II, V.; FLAUM, M.; KIRCHNER, P. *et alii*. Hypofrontality in Neuroleptic-Naïve Patients and in Patients With Chronic Schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 49: 943-58, 1992.
- BARCH, D.; CSERNANSKY, J.; CONTURO, T.; SNYDER, A. Working and Long-Term Memory Deficits in Schizophrenia: Is There a Common Prefrontal Mechanism? *J. Abnorm. Psychol.*, 3(3): 478-94, 2002.
- BARK, N. Did schizophrenia change the course of English history? The mental illness of Henry VI. *Medical Hypotheses*, 59: 416-421, 2002.
- BARROWCLOUGH, C.; JOHNSTON, M.; TARRIER, N. Attributions, expressed emotion and patient relapse: An attributional model of relatives' response to schizophrenic illness. *Behavior Therapy*, 25: 67-88, 1994.
- BELLACK, A. S. Scientific and Consumer Models of Recovery in Schizophrenia: Concordance, Contrasts and Implications. *Schizophr Bull*, 32(3): 432-442, 2006.
- BIRCHWOOD, M.; SPENCER, E. Early Intervention in Psychotic Relapse. *Clinical Psychology Review*, 21: 1211-1226, 2001.
- BLANCHARD, J. J.; SAYERS, S. L.; COLLINS, L. M.; BELLACK, A. S. Affectivity in the problem-solving interactions of schizophrenia patients and their family members. *Schizophr Res.*, 69: 105-117, 2004.

- BRENNER, H. D.; PFAMMATTER, M. Psychological therapy in schizophrenia: what is the evidence? *Acta Psychiatr Scand.*, 102(suppl. 407): 74-77, 2000.
- BREWIN, C. R.; MacCARTHY, B.; DUDA, K.; VAUGHN, C. E. Attribution and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia. *J. Abnorm Psychol*, 100: 546-554, 1991.
- BROOME, M. R.; WOOLLEY, J. B.; TABRAHAM, P.; JOHNS, L. C.; BRAMON, E.; MURRAY, G. K.; PARIANTE, C.; McGUIRE, P. K.; MURRAY, R. B. What causes the onset of psychosis? *Schizophr Res.*, 79: 23-34, 2005.
- BROWN, G. W.; BIRLEY, J. L. Crisis and life changes and the onset of schizophrenia. *J. Health SocBehav*, 9: 203-214, 1968.
- BURLAND, J. Family-to-Family: A trauma-and-recovery model of family education. *New Directions for Mental Health Services*, 77: 33-44, 1998.
- BUSTILLO, J. R.; LAURIELLO, J.; HORAN, W. P.; KEITH, S. J. The Psychosocial Treatment of Schizophrenia: An Update. *Am. J. Psychiatry*, 158: 163-175, 2001.
- CANNON, T. D. Clinical and genetic high-risk strategies in understanding vulnerability to psychosis. *Schizophr Research*, 79: 35-44, 2005.
- CARTER, C. S.; PERLSTEIN, W.; GANGULI, R.; BRAR, J.; MINTUN, M.; COHEN, J. Functional Hypofrontality and Working Memory Dysfunction in Schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 155: 1285-87, 1998.
- CENSITS, D.; RAGLAND, D.; GUR, R. C.; GUR, R. E. Neuropsychological Evidence Supporting a Neurodevelopmental Model of Schizophrenia: a Longitudinal Study. *Schizophr Res.*, 24: 289-98, 1997.
- CHEN, E.; LAM, L.; CHEN, R.; NGUYEN, D.; CHAN, C.; WILKINS, A. Neuropsychological Correlates of Sustained Attention in Schizophrenia. *Schizophr Res.*, 24: 299-310, 1997.
- CRESPO-FACORRO, B.; PARADISO, S.; ANDREASEN, N. C.; O'LEARY, D. S.; WATKINS, G. L.; BOLES PONTO, L. L. *et alii*. Recalling Word Lists Reveals "Cognitive Dysmetria" in Schizophrenia: A Positron Emission Tomography Study. *Am. J. Psychiatry*, 156: 386-92, 1999.

- CROW, T. J. Assimetria cerebral e lateralização da linguagem: déficits nucleares na esquizofrenia como indicadores de predisposição genética. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, 26(2): 122-34, 2004.
- CROW, T. J. The Two-Syndrome Concept: Origins and Current Status. *Schizophr Bull*, 11: 471-86, 1985.
- DANION, J. M.; MEULEMANS, T.; KAUFFMANN-MULLER, F.; VERMAAT, H. Intact Implicit Learning in Schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 158: 944-8, 2001.
- DeLISI, L. E.; SAKUMA, M.; KUSHNER, M.; FINER, D. L.; HOFF, A. L.; CROW, T. J. Anomalous Cerebral Asymmetry and Language Processing in Schizophrenia. *Schizophr Bull*, 23(2): 255-71, 1997.
- DUARTE, T. Recovery da doença mental: uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica*, 25(1): 127-133, 2007.
- FARAONE, S.; SEIDMAN, L.; KREMEN, W.; TOOMEY, R.; PEPPLER, J.; TSUANG, M. Neuropsychological Functioning among the Nonpsychotic Relatives of Schizophrenic Patients: The Effect of Genetic Loading. *Biol. Psychiatry*, 48: 120-26, 2000.
- FULLER TORREY, E. Stigma and Violence: Isn't it time to connect the dots? *Schizophr Bull*, 37(5): 892-896, 2011.
- GAEBEL, W.; JANNER, M.; FROMMANN, N.; PIETZCKER, A.; KOPCKE, W.; LINDEN, M. *et alii*. The Prodromal State of Schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 41: 76-85, 2000.
- GIRÓN, M.; GOMEZ-BENEYTO, M. Relationship between family attitudes and social functioning in schizophrenia: a nine-month follow-up prospective study in Spain. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192: 414-420, 2004.
- GOLDMAN-RAKIC, P.; SELEMON, L. Functional and Anatomical Aspects of Prefrontal Pathology in Schizophrenia. *Schizophr Bull*, 23(3): 437-58, 1997.
- GOLDSTEIN, M.; RODNICK, E.; EVANS, J.; MAY, P.; STEINBERG, M. Drug and family therapy in the after care treatment of acute schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35: 1169-1177, 1978.
- GREEN, M. F. What Are Functional Consequences of Neurocognitive Deficits in Schizophrenia? *Am. J. Psychiatry*, 153: 321-30, 1996.

- GRUENBERG, E. M. The social breakdown syndrome – some origins. *Am. J. Psychiatry*, 123: 1481-1489, 1967.
- HAFNER, H.; MAURER, K.; TRENDLER, G.; AN DER HEIDEN, W.; SCHMIDT, M.; KONNECKE, R. Schizophrenia and depression – Challenging the paradigm of two separate diseases – A controlled study of schizophrenia, depression and healthy controls. *Schizophr Res.*, 7: 11-24, 2005.
- HARDING, C. M.; BROOKS, G. W.; ASHIKAGA, T. *et alii*. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness II: Long-Term outcome of subjects who retrospective ly met DSM-III criteria for Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 144: 727-735, 1987.
- HAWKINS, K. A.; ADDINGTON, J.; KEEFE, R. S. E.; CHRISTENSEN, B.; PERKINS, D. O.; ZIPURKSY, R. *et alii*. Neuropsychological status of subjects at high risk for a first episode of psychosis. *Schizophr Res.*, 67: 115-122, 2004.
- HEATON, R.; PAULSEN, J.; McADAMS, L.; KUCK, J.; ZISOOK, S.; BRAFF, D. *et alii*. Neuropsychological Deficits in Schizophrenics. *Arch. Gen. Psychiatry*, 51: 469-76, 1994.
- HUXLEY, N. A.; RENDALL, M.; SEDERER, L. Psychosocial Treatments in Schizophrenia: A review of the Past 20 Years. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188: 187-201, 2000.
- HYDE, T.; NAWROZ, S.; GOLDBERG, T.; BIGELOW, L.; STRONG, D.; OSTREM, J. *et alii*. Is There Cognitive Decline in Schizophrenia? A Cross-Sectional Study. *Br. J. Psychiatry*, 164: 494-500, 1994.
- JOHNSTONE, E. C.; CROW, T. C.; FRITH, C. D.; HUSBAND, J.; KREEL, L. Cerebral ventricular size and cognitive impairment in chronic schizophrenia. *Lancet*, 2: 924-6, 1976.
- JOU, G. I.; SPERB, T. M. Teoria da Mente: diferentes abordagens. *Psicol. Reflex. Crit*, 12(2): 287-306, 1999.
- KING, S. Is expressed emotion cause or effect in the mothers of schizophrenic young adults? *Schizophr Res.*, 45: 65-78, 2000.
- KREMEN, W. S.; SEIDMAN, L. J.; FARAONE, S. V.; TOOMEY, R.; TSUANG, M. T. Heterogeneity of schizophrenia: a study of individual neuropsychological profiles. *Schizophr Res.*, 71: 307-21, 2004.

- LEAVEY, G.; GULAMHUSSEIN, S.; PAPADOPOULOS, C.; JOHNSON-SABINE, E.; BLIZARD, B.; KING, M. A randomized controlled trial of a brief intervention for families of patients with a first episode of psychosis. *Psychological Medicine*, 34: 423-431, 2004.
- LEFF, J. Family work for schizophrenia: practical application. *Acta Psychiatry Scand.*, 102(suppl. 407): 78-82, 2000.
- LEHMANN, H. E.; BANN, T. A. The History of Psychopharmacology of Schizophrenia. *Can. J. Psychiatry*, 42: 152-162, 1997.
- LIBERMAN, R. P.; KOPELOWICZ, A. Teaching persons with severe mental disabilities to be their own case managers. *Psychiatr Serv*, 53: 1377-1379, 2002.
- LINCOLN, T. M.; ARENS, E.; BERGER, C.; RIEF, W. Can Antistigma Campaigns Be Improved? A Test of the Impact of Biogenetic Vs Psychosocial Causal Explanations on Implicit and Explicit Attitudes to Schizophrenia. *Schizophr Bull*, 34(5): 984-994, 2008.
- LUCKSTED, A.; DIXON, L. Quality of Care in Services to Family Members of People with Serious Mental Illnesses. *Mental Health Services Research*, 1: 223-230, 1999.
- MAROM, S.; MUNITZ, H.; JONES, P. B.; WEIZMAN, A.; HERMESH, H. Expressed emotion: relevance to rehospitalization in schizophrenia over 7 years. *Schizophr Bull*. 31: 751-758, 2005.
- McFARLANE, W. R.; DIXON, L.; LUKENS, E.; LUCKSTED, A. Family Psychoeducation and Schizophrenia: A Review of the Literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29: 223-245, 2003.
- MEYER-LINDENBERG, A.; POLINE, J.; KOHN, P. D.; HOLT, J. L.; EGAN, M. F.; WEINBERGER, D. R. *et alii*. Evidence for Abnormal Cortical Functional Connectivity During Working Memory in Schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 158: 1809-17, 2001.
- MORITZ, S.; WOODWARD, T.; ROCHA, N. Treinamento Metacognitivo para pacientes com Esquizofrenia, vol. 4, versão 4.2. Disponível em: www.uke.de/mkt.
- MURRAY, R. Neurodevelopmental Schizophrenia: The Rediscovery of Dementia Praecox. *Br. J. Psychiatry*, 165(supl. 25): 6-12, 1994.

- NIENDAM, T. A.; BEARDEN, C. E.; JOHNSON, J. K.; MCKINLEY, M.; LOEWY, R.; O'BRIEN, M.; NUECHTERLEIN, K. H.; GREEN, M. F. *et alii*. Neurocognitive performance and functional disability in the psychosis prodrome. *Schizophr Res.*, 84: 100-111, 2006.
- NUCCI, M. G.; DALGALARRONDO, P. Automutilação ocular: relato de seis casos de enucleação ocular. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 22, 2000.
- NUECHTERLEIN, K. H.; BARCH, D. M.; GOLD, J. M.; GOLDBERG, T. E.; GREEN, M. F.; HEATON, R. K. Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophr Res.*, 72: 29-39, 2004.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS/WHO). The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/>.
- PICKETT-SCHENK, S.; COOK, J.; LARIS, A. Journey of Hope program outcomes. *Community Mental Health Journal*, 36: 413-424, 2000.
- RAUNE, D.; KUIPERS, E.; BENNINGTON, P. E. Expressed emotion at first-episode psychosis: investigating a carer appraisal model. *Br. J. Psychiatry*, 184: 321-326, 2004.
- RUGGERI, M.; LEESE, M.; THORNICROFT, G.; BISOFFI, G.; TANSELLA, M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br. J. Psychiatry*, 177: 149-155, 2000.
- SCHAFFNER, K. F.; MCGORRY, P. D. Preventing severe mental illnesses – new prospects and ethical challenges. *Schizophr Res.*, 51: 3-15, 2001.
- SCHINNAR, A. P.; ROTHBARD, A. B.; KANTER, R. *et alii*. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *American Journal of Psychiatry*. 147: 1602-1608, 1990.
- SELEMON, L. Regionally Diverse Cortical Pathology in Schizophrenia: Clues to the Etiology of the Disease. *Schizophr Bull*, 27(3): 349-77, 2001.
- SELYE, H. The evolution of the stress concept. *American Scientist*, 61: 692-699, 1973.
- SINGH, S. P.; COOPER, J. E.; FISHER, H. L.; TARRANT, C. J.; LLOYD, T.; BANJO, J.; CORFE, S.; JONES, P. Determining the chronology and components of psychosis onset – The Nottingham Onset Schedule. *Schizophr Res.*, 80: 117-130, 2005.

- STEPHENS, J. H. Long-term course and prognosis in schizophrenia. *Semin Psychiatry*, 2: 464-485, 1970.
- STRAUSS, J. S.; CARPENTER, W. T. Characteristic symptoms and outcome in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 30: 429-434, 1974.
- STRAUSS, J. S.; CARPENTER, W. T. Prediction of outcome in schizophrenia III: five year outcome and its predictors. *Arch Gen Psychiatry*, 34: 159-163, 1977.
- VOLKOW, N. Substance Use Disorders in Schizophrenia – Clinical Implications of Comorbidity. *Schizophr Bull*, 35(3): 469-472, 2009.
- WEARDEN, A.; TARRIER, N.; BARROWCLOUGH, C.; ZASTOWNY, T. R.; RAHILL, A. A. A Review of Expressed Emotion Research in Health Care. *Clinical Psychology Review*, 20: 633-666, 2000.
- WISER, A. K.; ANDREASEN, N. C.; O'LEARY, D. S.; WATKINS, G. L.; BOLES PONTO, L. L.; HICHWA, R. D. Dysfunctional cortico-cerebellar circuits cause 'cognitive dysmetria' in schizophrenia. *Neuroreport*, 9: 1895-99, 1998.
- YUNG, A. R.; PHILLIPS, L. J.; YUEN, H. P.; MCGORRY, P. D. Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group-psychopathology and clinical features. *Schizophr Res.*, 67: 131-142, 2004.
- ZUBIN, J.; SPRING, B. Vulnerability – a new view of schizophrenia. *J. Abnorm Psychol*, 86: 103-126, 1977.

CONGRESSOS:

- DELISI, L. E.; MULE, A.; MURRAY, R.; TARRICONE, I.; KANE, J.; SAKS, E.; MUGGIA, E.; PETERS, E. Family Forum. 3rd Schizophrenia International Research Society Conference, Florence, 2012.
- NUECHTERLEIN, K.; MAJOR, B.; KILLACKEY, E.; RINALDI, M. Vocational Recovery in First Episode Psychosis: International Evidence for Early Intervention. 2nd Schizophrenia International Research Society Conference, Florence, 2010.
- SAKS, E. The Center Cannot Hold: My Journey through Madness. Keynote Lecture, 2nd Schizophrenia International Research Society Conference, Florence, 2010.

SAKS, E.; MAC, C. J.; NUCHTERLEIN, K.; ADDINGTON, J. Understanding the Path to Better Functioning in Schizophrenia. 3rd Schizophrenia International Research Society Conference, Florence, 2012.

VAN, O. S. J.; DELISI, L.; BYERLEY, W.; KARAYIORGOU, M.; MURRAY, R.; MYIN-GERMEYS, I. Genetics. 3rd Schizophrenia International Research Society Conference, Florence, 2012.

É possível se recuperar da esquizofrenia? O que pacientes que se recuperaram têm a nos ensinar? A segunda edição deste livro vai além do objetivo da primeira, que foi levar às famílias o conhecimento sobre a doença para que elas fossem facilitadoras do processo de recuperação. Além de como prevenir recaídas, agora queremos saber como pacientes se recuperaram da esquizofrenia e hoje levam uma vida normal. E para isso chamamos os próprios pacientes para contarem suas experiências.

O livro traz depoimentos de pacientes que superaram seus próprios limites, debate com eles temas como trabalho, medicação, família, internação e diagnóstico e aborda as estratégias encontradas por eles para se recuperarem da esquizofrenia. O paciente deve saber seu diagnóstico? Qual a importância do tratamento? Como perceber que está entrando em crise? O que fazer para se recuperar?

Um novo capítulo sobre recuperação abre esta segunda edição, que também é dedicada ao paciente interessado em conhecer melhor sua doença e em refletir sobre como pode mudar sua vida.

O livro traz também novos depoimentos de familiares que se fortaleceram através do conhecimento e da reflexão e hoje fazem a diferença na vida de seus entes queridos, artigos do site entendendoaesquizofrenia.com.br, criado na época da primeira edição, e atualizações sobre medicamentos novos e outros tratamentos complementares.

Esta é uma leitura indispensável para quem convive com a esquizofrenia, seja familiar ou paciente, pois, através de uma linguagem simples e exemplos práticos, os autores abordam todos os aspectos da doença, de seus sintomas, causas e tratamentos ao papel da família e do paciente na recuperação.

Este livro se propõe a plantar e semear um fruto de esperança dentro de cada um

ISBN 978-85-7193-326-2



9 788571 933262